N. WOROSZYLSKI

RAK POLICZKA



PRACA NA STOPIEŃ DOKTORA MEDYCYNY
PRZYJĘTA NA POSIEDZENIU RADY WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
UNIWERSYTETU JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO w WARSZAWIE
W DNIU 6 MARCA 1936 r.
NA WNIOSEK
REFERENTA PROF. DR. MED. Z. RADLIŃSKIEGO
I KOREFERENTA PROF. DR. MED. A. LEŚNIOWSKIEGO

W A R S Z A W A
1 9 3 6

N. WOROSZYLSKI

RAK POLICZKA

WARSZAWA
1936

Druk. «WSPÓŁPRACA»
Warszawa, tel. 120832

Z II Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu
Józefa Piłsudskiego W Warszawie
przy Szp. Św. Ducha
Dyrektor Prof. Dr. med. Z. Radliński

WSTĘP.

Sądzę, że nie spotkam się z zarzutem przesady, jeśli stwierdzę na wstępie mojej pracy, że współczesna wiedza o nowotworach stała się najbardziej interesującą dziedziną wśród nauk lekarskich,—dziedziną jeszcze mało zbadaną, mimo ogromnego piśmiennictwa. W dobie obecnej nie wystarczy już pisać o nowotworach w ujęciu ogólnem, — zbyt duże bowiem różnice zachodzą pomiędzy ich poszczególnymi rodzajami, — i jeżeli chcemy nadać naszej pracy wartość praktyczną, musimy oddzielnie i szczegółowo omawiać poszczególne nowotwory, zależnie od ich umiejscowienia i charakteru. Inna jest, naprzykład, działalność destrukcyjna raka umiejscowionego na palcu, inna na błonie śluzowej policzka i jeszcze inna w przełyku.

Literatura naukowa polska obfituje w rozprawy o rakach piersi, wargi dolnej i innych narządów, gdzie rak występuje często, natomiast, mało pisano u nas o rakach o rzadszem umiejscowieniu.

Mimo moich największych starań nie znalazłem w polskiem piśmiennictwie lekarskiem rozprawy o rakach błony śluzowej policzka, podczas gdy we Francji i Anglji pisano na ten temat sporo. Z francuskich autorów należy wymienić przedewszystkiem *Morestin'a*,*) który już w roku 1900 poruszył zagadnienie raka policzka, oraz wybitnego uczonego *Regaud*, uchodzącego za autorytet w leczeniu raków jamy ustnej.

Pierwotny rak wewnętrznej powierzchni policzka nie jest wcale taki rzadki, jak się dotychczas zdawało (przytaczam 15 historyj chorób), a jest bardzo groźny,— groźniejszy niż wszystkie inne raki jamy ustnej! Z powodu swego ukrytego usadowienia daje się późno spostrzec, szybko przechodzi na szczęki i daje wczesne przerzuty do gruczołów, przyczem wyniki leczenia są wręcz niezadawalające, a wczesne nawroty występują prawie z reguły.

---

*) Morestin: Le cancer de la joue. Congres international de Medicin 1900 T.X.

W tej rozprawie będę mówił nietylko o raku błony śluzowej policzka, lecz też o raku skórnym, dla ujęcia całości zagadnienia raka policzka. Zdarza się czasami, że owrzodzenie z błony śluzowej policzka przechodzi na skórę lub odwrotnie, i że chory zgłasza się do lekarza z przedziurawionym policzkiem. Wówczas lekarz nie jest w stanie orzec, czy ma do czynienia z rakiem błony śluzowej, czy skóry policzka, a badanie histopatologiczne nie rozstrzygnie kwestji; nawet anamneza niezawsze wyjaśni, jaki był punkt wyjścia nowotworu.

Przytoczę przeto jeszcze 19 historyj chorób różnych raków skórnych policzka.

Materjał, na którym się opieram (34 hist. chor.), zebrałem w II Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego, gdzie pracuję (22 hist.), oraz, celem wszechstronnego ujęcia zagadnienia, również w Instytucie Radowym im. Marji Skłodowskiej-Curie w Warszawie (12 hist.).

* *
*

W. Panu Dr. med. Fr. Łukaszczykowi, Dyrektorowi Instytutu Radowego w Warszawie, dziękuję serdecznie za pozostawienie do mojej dyspozycji materjału Instytutu

ROZDZIAŁ I

ETJOLOGJA

Dokładnej przyczyny powstawania raka nie znamy po dziś dzień. Na istniejące dotychczas teorje komórkowe, chemiczne lub pasożytnicze należy zapatrywać się bardzo krytycznie. Nie udało się nawet rozstrzygnąć kwestji, czy rak jest schorzeniem miejscowem, czy ogólnem.

Ogół badaczy uznał jednak, że poglądy *Virchowa* na podrażnienie przewlekłe, jako na przyczynę raka, odpowiadają poniekąd rzeczywistości. Według tego autora, bodźce drażniące, działające stale, powodują tworzenie się tkanki ziarninowej, która, podobnie do tkanek zarodkowych, jest początkowo pozornie niezróżnicowaną, po dłuższym jednak czasie różniczkuje się jako guz.

Czynniki drażniące w jamie ustnej. O ile chodzi o raka błony śluzowej policzka, to nie brak w jamie ustnej czynników drażniących, uspasabiających do jego powstania. Wymienimy je kolejno: 1) Sprawy zębowe (nieprawidłowy zgryz, proteza źle przystosowana, braki w uzębieniu, ostre brzegi uszkodzonych zębów, próchnica i zapalenia przyszyjkowe, chwianie się zęba i tp.), rażące stale śluzówkę policzka. 2) Zapalenia jamy ustnej (stomatitis chronica recidivans) 3) Nadużywanie tytoniu, oraz 4) Zaleganie resztek pokarmowych w załamkach policzkowo-dziąsłowych u osób niedbających o higjenę jamy ustnej, przez co wytwarza się wybitny stan septyczny jamy ustnej.

Niektórzy chorzy, jak poniżej przytoczę w historjach chorób, poddają się zabiegowi usunięcia podejrzanego o spowodowanie owrzodzenia zęba. Jeden chory podał nawet stanowczo, że owrzodzenie wytworzyło się od zranienia policzka ostrą kostką w czasie jedzenia, — prawdopodobnie jednak owrzodzenie już istniało przedtem, a ukłucie kością zwróciło na nie uwagę chorego.

Przejdziemy teraz do omówienia trzech spraw typowych, zajmujących poważne miejsce w etjologji raków policzka; są to: 1) Leucoplakia buccalis, 2) Naevus pigmentosus oraz 3) Keratosis senilis.

Leucoplakia buccalis.

Dużo miejsca poświęcono w literaturze leucoplakji, jako przyczynie raka w jamie ustnej (*Darier*, *Lamarque*, *Regaud*, *Rochlitzer*,*) *Sarasin* i inni), wobec czego uważam za obowiązek kilka słów powiedzieć o tej pozornie niewinnej jednostce chorobowej.

Leucoplakia buccalis (leucoplasie en plaques) polega na wytworzeniu się na śluzówce policzka lub na języku (inne umiejscowienie-rzadkie) nieregularnych, twardawych, białych plam, gładkich lub przeoranych rysami i brózdami. Plamy te są pozbawione elastyczności, a zrywanie ich jest trudne i bolesne.

Histologicznie przedstawiają się jako nadmierne bujanie jabłonka z wytworzeniem typowych warstw ziarnistej i jasnej (których normalny nabłonek śluzów-

---

*) R o c h l i t z e r : Über die Leukoplakie der Mundhöhle als präcanceröser Zustand. Leipzig 1933.

ki nie posiada), bogatych w keratohyalinę i eleidynę, oraz grubego pokładu komórek zrogowaciałych.

Są zdania, że leucoplakja powstaje na tle kiły, a *Landuozy* i *Gaucher* utrzymywali wręcz, że jest pewnym stygmatem kiły.

Według *Aschoffa* sprawa polega na wrodzonej skłonności nabłonka do rozwoju prosoplastycznego, a kiła, zapalenie jamy ustnej lub inne bodźce mogą być czynnikiem wywołującym.

Otóż te plamy powiększają się stopniowo i powoli, potem pozostają przez długi czas bez zmiany i mogą w odpowiednich warunkach, analogicznie do nowotworów łagodnych (np. papilloma), stać się punktem wyjścia złośliwego bujania rakowego (typu kolczastokomórkowego).

Darier uważa, że rak jamy ustnej powstaje prawie zawsze na tle leucoplakji, ale niewszystkie leucoplakje, oczywiście, przechodzą w raka.

Regaud stwierdził, że plamy leucoplakiatyczne nie nadają się do leczenia radem, bo wykazują dużą odporność wobec promieni. Najlepiej je usunąć w przypadku podejrzanym za pomocą elektrokoagulacji, a jeśli powstały z powodu kiły, przeprowadzić leczenie swoiste.

Naevus pigmentosus.

Osobny rozdział należy poświęcić znamieniu barwikowemu — naevus pigmentosus, które *Darier* zalicza do spraw przedrakowych. Chodzi tu przedewszystkiem o znamię miękkie (lentigo), barwy żółtej, brunatnej lub czarnej, czasem owłosione lub zawierające rozszerzone ujście gruczołu. Znamię mieści się najczęściej na skórze twarzy (na policzku), jest bardzo rozpowszechnione, może być wrodzone, ale może też powstać w każdym wieku i jest szczególnie niebezpieczne, jeżeli się zjawi dopiero w wieku starszym. Otóż według *Dariera*,*) znamię takie (a nawet grain de bauté— t. zw. pieprzyk) może bujać i przejść w naevocarcinoma czyli melanocarcinoma.

Nie należy nigdy drażnić lub drapać tych znamion lub wyrywać z nich włosy, a jeżeli które z nich staje się podejrzane (t. j. rośnie) musi być wypalone igłą elektryczną.

---

*) D a r i e r: Les cancers de la face et de la bouche. Comment ils commencent. Comment s'en preserver. Monde Médical. 1930.

Keratosis senilis.

W etjologji raków skórnych policzka gra rolę schorzenie zwane keratosis senilis (crasse des vieillards) występujące w wieku starszym, ale spotykane też w wieku młodszym u ludzi, wystawionych na działanie wpływów atmosferycznych (np. u marynarzy, wieśniaków).

Objawia się w postaci grubych nieregularnych, żółto-brunatnych i popękanych plam. Pod względem histologicznym mamy do czynienia z hyperkeratozą i parakeratozą oraz obrzmieniem brodawek skóry właściwej.

Taka keratoza może łatwo przejść w raka, który w tym wypadku jest, według *Dariera*, typu podstawnokomórkowego, niedającego przerzutów, lub, co rzadziej, typu mieszanego.

Kończąc ten rozdział stwierdzam, że jest bardzo trudno rozpoznać moment przejścia wymienionych spraw banalnych w bujanie rakowe.

ROZDZIAŁ II

ANATOMJA PATOLOGICZNA.

Rak błony śluzowej lub skóry policzka wychodzi z nabłonka pokrywkowego, podobnie jak inne raki (stąd nazwa nabłoniak—epithelioma).

Podział kliniczny.

Podział pod względem klinicznym jest dość trudny, bo wygląd zewnętrzny raka bywa różny. Spotykamy często w podręcznikach nazwy: Cancroid, epithelioma papillare corneum, carcinoma vegetans, ulcus rodens i inne.

Naogół rozróżniamy klinicznie 1) postać powierzchowną i 2) postać głęboką.

Podział histologiczny.

Rak może się rozwinąć tylko z następujących dwóch warstw nabłonka: z warstwy komórek kolczastych lub z warstwy komórek podstawnych, przeto

rozróżniamy pod względem histologicznym: 1) carcinoma spinocellulare i 2) carcinoma basocellulare; można jednak spotkać typ mieszany — carcinoma mixtum.

Dlaczego rak rozwija się tylko z dwóch wybranych warstw nabłonka? Wiemy, że nabłonek normalny składa się z pięciu warstw (stratum cylindricum, spinosum, granulosum, lucidum i corneum), ale tylko w dwóch najgłębszych spotykamy figury podziału, i z tych warstw cały nabłonek się odradza. Otóż ponieważ raki powstają z komórek zdolnych do rozplemu, więc tylko z komórek tych dwóch warstw rozwinąć się mogą.

Ad 1. *Carcinoma spinocellulare.* Komórki kolczaste, z których rak ten się rozwija niezawsze są foremne, często mają postać komórek płaskich wielokątnych, stąd nazwa identyczna dość częsta: carcinoma planocellulare. Niektóre z komórek powstałe z licznego podziału mogą ulec zrogowaceniu, wówczas powstają perły rakowe i ta odmiana nosi nazwę: cancroid — rak płasko-komórkowy rogowaciejący.

Wygląd makroskopowy: Guz twardy, ulegający owrzodzeniu, o dnie nierównem i brzegach nieregularnych, wyniosłych. Z przekroju można wycisnąć masy nekrotyczne i rogowe.

Wygląd mikroskopowy: Wielokątne, spłaszczone komórki różnej wielkości, połączone mostkami. Jądra rozmaitej wielkości i różnego zabarwienia. Liczne figury podziału. Pasma nabłonkowe wrastają wgłąb tkanek zdrowych, a między niemi widać tkankę włóknistą z naciekami drobnokomórkowemi. Pozatem spotykamy często twory cebulowate (współśrodkowo ułożone, ściśnięte komórki bez jąder), barwiące się jednolicie eozyną, t. zw. „perły rakowe”, co upoważnia do wspomnianej wyżej nazwy „cancroid”.

Ad 2. *Carcinoma basocellulare* *K r o m p e c h e r i* — rak głęboki skóry rozwija się z warstwy komórek walcowatych.

Wygląd makroskopowy: Guz płaski lub okrągły, różowawy, twardy i ściśle odgraniczony od otoczenia.

Może też wystąpić w postaci powierzchownego owrzodzenia, o stwardniałej podstawie, szerzącego się powoli i pełzakowato — wówczas nosi nazwę „ulcus rodens”.

Wygląd mikroskopowy: Językowate pasma nabłonkowe z walcowatemi komórkami na obwodzie

o ciemno zabarwionych jądrach, — wyraźnie odgraniczone od podścieliska. Jądra są prawie jednakowe, figur podziału niedużo. Pomiędzy ogniskami nowotworowemi znajduje się tkanka włóknista z naciekami z limfocytów.

Na błonie śluzowej policzka występuje prawie zawsze typ kolczysto-komórkowy raka, — według *Gosset*'a w 91 % wszystkich przypadków, według moich obliczeń w 91,6 %.

Na skórze policzka oba typy występują jednakowo często; w przytoczonych przeze mnie poniżej obserwacjach zachodzi przewaga typu kolczysto-komórkowego: Ca. spinocellulare 66,7 %, Ca. basocellulare 33,3 %.

Pomiędzy obu typami zachodzą różnice nietylko anatomiczne, lecz też wybitne różnice kliniczne:

Rak kolczysto-komórkowy jest bardzo złośliwy, rośnie szybko, daje przerzuty, jest więcej odporny na działanie promieni (ponieważ posiada, według *Regaud*, więcej włókien łącznotkankowych) i daje nawroty.

Rak walcowato-komórkowy jest mało złośliwy, rośnie powoli, nie daje przerzutów i jest więcej wrażliwy na promienie. Nawroty zdarzają się.

ROZDZIAŁ III

OBJAWY I PRZEBIEG KLINICZNY

Rozpatrzymy pokolei rozwój, objawy i przebieg a) raka błony śluzowej policzka i b) raka skórnego policzka.

Ad a) RAK BŁONY ŚLUZOWEJ POLICZKA.

Częstość występowania. Hofer (Wiedeń) i *Kuttner* (Wrocław) podają, że rak błony śluzowej policzka stanowi około 6% wszystkich raków jamy ustnej, natomiast *Channing* (Boston) podaje liczbę 14,18%. (Zdaje się, że ci autorzy zaliczają do raków jamy ustnej również raki warg.)

Wiek Występuje najczęściej między 50-ym a 70-ym rokiem życia. Wśród przytaczanych przeze mnie przypadków najmłodszy liczy 43 l. (kobieta), najstarszy 68 l. (mężczyzna).

Płeć. Morestin wśród 12 chorych na raka błony śluzowej policzka miał tylko jeden przypadek u kobie-

ty (8,3%), *Rousson**) wśród 34 — dwa przypadki kobiece (6%), a *Gosset***), opierając się na 11 przypadkach raka błony śluzowej policzka, twierdzi, że spotyka się prawie wyłącznie u mężczyzn, a to dlatego, że ci są więcej wystawieni na wpływ urazów zawodowych i innych (tytoń, alkohol).

W moim materjale wśród 12 chorych znajdują się 4 kobiety (33,3%), uważam przeto wniosek autorów, zaliczających raka błony śluzowej policzka do schorzeń prawie wyłącznie męskich, za mało uzasadniony.

Punkt wyjścia. W połowie przypadków zaczyna się w fałdzie policzkowo-dziąsłowym dolnym, naprzeciw dolnych zębów. Jest to umiejscowienie dość fatalne, dlatego że stąd nowotwór szybko przechodzi na szczękę dolną i powoduje konieczność jej resekcji.

Z innych punktów wyjścia należy wymienić: okolicę ramienia żuchwy, środek policzka i okolicę kąta ust (miejsce mniej groźne, bo bardziej przystępne do zabiegu) oraz załamek policzkowo-dziąsłowy górny, skąd nowotwór może przejść na szczękę górną.

W praktyce często nie da się ustalić punktu wyjścia, ze względu na to, że chory zgłasza się w stadjum zaawansowanem, gdy nowotwór zajmuje większą przestrzeń, a chory niezawsze jest w stanie udzielić odpowiednich wyjaśnień.

O b j a w y.

Wygląd i objawy raka błony śluzowej policzka są różne i zależą od obszaru zajętych tkanek. W *postaci ograniczonej* spotyka się rzadko (trzy razy w moich obserwacjach), co się tłomaczy tem, że chory, nie mając dolegliwości, nie zgłasza się do badania. Postać ograniczona nie daje żadnej bolesności, nie utrudnia otwierania ust, i nie daje utrudnienia mowy ani połykania (co ma miejsce np. w raku krtani lub gardła). Nowotwór siedzi ukryty na wewnętrznej powierzchni policzka, nie zwraca na siebie uwagi i z małej plamki, szczelinki nacieczonej, krostki lub brodaweczki rozwija się szybko w typowe owrzodzenie — jest więc podstępny i przez to groźny.

Wykrywamy go badaniem wewnątrz jamy ustnej,

---

*) R o u s s o n: Le cancer de la joue. Lyon 1932.

**) G o s s e t et W a l l o n: De la curiethérapie dans le cancer des joues et des lèvres.

przyczem samo oglądanie nie wystarczy, należy koniecznie wprowadzić palec do jamy ustnej i drogą palpacji stwierdzić spoistość owrzodzenia i jego otoczenia. Stwierdzamy obecność owrzodzenia o dnie stwardniałem nierównem, brodawkowatem i łatwo krwawiącem, o brzegach nieregularnych, zgrubiałych i twardych. Owrzodzenie może być płaskie lub głębokie, drążące w kierunku skóry (co w następstwie może doprowadzić do przedziurawienia), lub, co rzadziej, może mieć postać guza owrzodziałego, bujającego do światła jamy ustnej i mającego mniejszą tendencję do naciekania tkanek miękkich.

Komplikacje. Do powikłań zaliczamy: 1) zajęcie gruczołów limfatycznych, 2) zajęcie szczęk, 3) perforację policzka i 4) zajęcie mięśni żuchwy.

Ad 1) *Zajęcie gruczołów limfatycznych.*

Raki błony śluzowej policzka dają bardzo często prze rzuty do odpowiednich gruczołów. Według *Gosset'a* gruczoły są zajęte w 63% przypadków, podczas gdy w rakach wargi tylko w 25%. W moim materjale przypadki z zajęciem gruczołów stanowią 72%. Tę częstość tłomaczymy istnieniem gęstej sieci naczyń limfatycznych w policzku i tem, że jego błona śluzowa jest ciągle narażona na podrażnienia. Przerzuty są wczesne i zazwyczaj jednostronne (po stronie nowotworu), rzadziej obustronne, lub po stronie przeciwnej. W pierwszym etapie zostają zajęte gruczoły pod kątem żuchwy i pod trzonem żuchwy (czasami też ślinianka i gruczoły podbródkowe lub przeduszne), w drugim etapie — gruczoły szyjne, leżące wzdłuż mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego i wzdłuż dużych naczyń szyji, w trzecim — gruczoły nadobojczykowe.

Należy zaznaczyć, że stopień powiększenia gruczołów nie pozostaje zawsze w stosunku proporcjonalnym do wielkości guza pierwotnego policzka. Zdarza się, że obok małego owrzodzenia policzka, stwierdzamy duży pakiet gruczołów, trzymający się żuchwy, i odwrotnie, przy całkowitem zajęciu policzka — ledwo macalne gruczoły.

Przerzuty przedstawiają się jako twarde guzki, pojedyńcze lub złączone, przesuwalne lub nieruchome.

Niekażde jednak powiększenie gruczołu świadczy o przerzucie, może też być skutkiem zwykłego przero-

stu na tle zapalnem. Według amerykańskiego autora *Duffy*, tylo 75% powiększonych gruczołów to przerzuty, a 25% — stany zapalne, powstałe wskutek infekcji, idącej z jamy ustnej. W przypadku zapalnym wytwarza się periadenitis, co powoduje zrastanie się ze sobą powiększonych gruczołów, przyczem spoistość ich jest dość twarda, jednak bardziej miękka, niż przy czystym przerzucie. Czasami wyczuwa się nawet chełbotanie.

Gosset podaje, że przerzut może wystąpić łącznie ze stanem zapalnym (adenopathie mixte). Kliniczne pewne rozstrzygnięcie co do charakteru zajętych gruczołów jest bardzo trudne. Tylko przez badanie histopatologiczne usuniętego gruczołu jest możliwe ustalenie istotnego stanu rzeczy, a wiemy, jakie ogromne znaczenie w rokowaniu i leczeniu ma kwestja istnienia lub nieistnienia przerzutów.

Ad 2) *Zajęcie szczęk.*

Rak błony śluzowej policzka często i wcześnie atakuje szczęki, szczególnie dolną, bo, jak wspomniałem, najczęstszym punktem wyjścia nowotworu jest załamek policzkowo-dziąsłowy dolny. W podanych prze ze mnie obserwacjach połowa przypadków jest z zajęciem szczęki dolnej, jeden z zajęciem szczęki górnej i jeden — obu szczęk jednocześnie.

Przejście nowotworu na szczęki objawia się bólem, utrudnionem i bolesnem żuciem, a czasami szczękościskiem (szczęka dolna). Wewnątrz jamy ustnej widać, że owrzodzenie przechodzi na dziąsła, od strony zewnętrzej widać wygórowanie nad szczęką. Obmacywaniem stwierdza się nieruchomosć guza wobec szczęki, a często wyczuwa się jako jedną całość naciek twardy, obejmujący dolną część policzka, żuchwę i gruczoły podżuchwowe, naciek o niewyraźnych, niedających się określić granicach. *Asti* i inni radzą w przypadkach niewyraźnych wykonać zdjęcie rentgenologiczne szczęki, które może być pomocne w rozpoznaniu.

Ad 3) *Perforacja policzka.*

W moich obserwacjach przedziurawienie policzka występuje 2 razy.

Wiemy, że ściana policzka składa się z warstwy mięśniowo — błoniastej, pokrytej z jednej strony skórą, z drugiej śluzówką. Warstwa ta jest stosunkowo cienka i wiotka, zwłaszcza w wieku starszym, i dlatego może szybko dojść do jej przedziurawienia.

Rak w postaci owrzodzenia drążącego, które

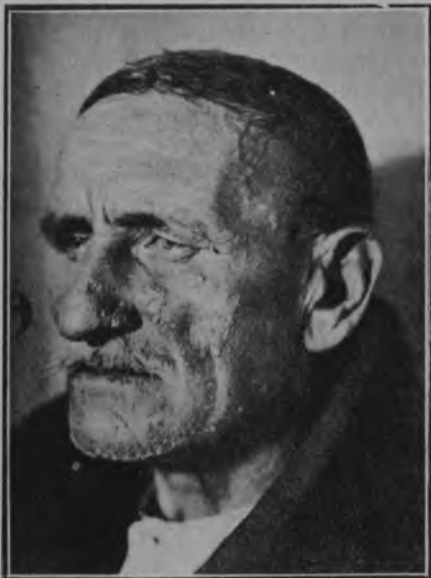
w swem pierwszem stadjum nie sprawiało choremu żadnych dolegliwości, — w swem stadjum końcowem doprowadza do perforacji, która jest dla chorego dużym ciosem. Nietylko szpecący wygląd zewnętrzny sprawia choremu przykrość, ale przedewszystkiem trudności w przeżuwaniu pokarmów. Przez otwór w policzku widać język i zęby, przez otwór ten wycieka ślina i wypada pokarm, a ponieważ ciągle się rozszerza dochodzi do częstych krwotoków wskutek przeżarcia naczyń. Wkońcu chory ginie wśród objawów anemji i daleko posuniętego charłactwa.



Rak policzka (z Inst. Rad. w Warszawie).

Czasami zanim dochodzi do przedziurawienia dołącza się do sprawy nowotworowej sprawa zapalna wskutek zakażenia ze strony jamy ustnej. Wówczas cały policzek obrzmiewa i zjawia się dotkliwy ból, który przyczynia się do tego, że chory zwraca się do lekarza. W policzku wyczuwa się twardy bolesny nacisk, niekiedy z miejscem chełboczącem w środku, które się zazwyczaj nacina i przez to przyśpiesza przedziurawienie. Ropienie potem utrzymuje się i komplikuje

w znacznym stopniu obraz chorobowy. *Morestin* zwrócił uwagę na ciekawy fakt, że ropienie z policzka zajętego rakiem nie przenosi się na przyusznicę, chociaż kanał Stenona jest doskonałym w tym kierunku przewodem. Widocznie aparat ślinowy zwalcza skutecznie mającą wtargnąć doń infekcję.



Rak policzka po leczeniu radem (z Inst. Rad. w Warszawie).

Ad 4) *Zajęcie mięśni żuchwy.*

W przypadku, gdy punkt wyjścia znajduje się w tylnym odcinku policzka w okolicy ramienia żuchwy, a nowotwór wżera się w ścianę policzka, zostają wciągnięte w grę mięśnie żuchwy. (mm. masseter, pterygoideus int., pterygoideus ext., temporalis). Mięśnie te tracą swą elastyczność i kurczliwość i zjawia się stale postępujący szczękościsk. Jest to objaw bardzo ciężki dla chorego, bo jeżeli szczękościsk jest całkowity, chory mówi z trudem i odżywia się skąpo tylko płynami przez przedsionek jamy ustnej lub szparę, powstałą wskutek braków w uzębieniu. W jamie ustnej wytwarza się stan wysoce septyczny, połączony z „foetor ex ore”. Badanie śluzówki policzka albo też

leczenie radem od strony jamy ustnej jest w tym wypadku niemożliwe.

Wszystkie wymienione komplikacje mogą wystąpić jednocześnie i spowodować szybkie zejście śmiertelne.

* *
*

Obecnie postaram się w sposób zwięzły i krótki opisać raki skórne policzka.

Ad b) RAK SKÓRNY POLICZKA

Częstość występowania. Rak skórny występuje najczęściej na twarzy, gdzie atakuje przedewszystkiem policzek ($^1/_3$ wszystkich raków twarzy — według *Lenormant'a*) i nos (również około $^1/_3$). Dalsze miejsca zajmują powieki, skronie, czoło, małżowiny uszne, skóra warg i podbródka.

Wiek. Rak skórny jest chorobą wieku starszego, przeważnie między 50 a 60 lat, zdarza się jednak również w wieku młodszym. W zebranym przeze mnie materjale mam 5 przypadków w wieku poniżej 50 l., a mianow.: 2 po 43 l., jeden 36 l., jeden 33 l. i jeden przypadek wręcz wyjątkowy u mężczyzny 22-letniego. *Nemeth* opisał przypadek raka na twarzy u chłopa 16-letniego na tle xeroderma pigmentosum. Przebieg raka w wieku młodym jest bardziej szybki i złośliwy.

Płeć. Rak skórny spotyka się u płci męskiej i żeńskiej, jednak z przewagą u pierwszej. Na 19 przypadków, przytoczonych poniżej, 11 dotyczy mężczyzn (58 %).

Wpływ zajęcia. Rak skórny policzka jest naogół częstszy wśród ludności wiejskiej oraz warstwy robotniczej, które mało dbają o higjenę twarzy, tak często wystawionej na urazy i rozmaite bodźce drażniące — a wiemy, jakie mają one znaczenie w etjologji nowotworów.

Objawy. Rak skórny zaczyna się w postaci krostki lub brodawki na skórze zdrowej policzka lub, co częściej, chorobowo zmienionej, jak np. na bliźnie pooparzeniowej, keratozie starczej, rogu skórnym, zmianach kiłowych lub gruźliczych i td.

Ze schorzeń gruźliczych skóry należy przedewszystkiem wymienić wilka twarzy (lupus), na którego częściach bliznowatych (a nie postępujących) rozwija się rak. Przytaczam 3 przypadki Carcinoma in lupo.

Chory nieświadomie drapie tę krostkę lub brodawkę, będącą zarodkiem nowotworu. Krostka pokrywa się strupkiem, który chory zrywa, ukazuje się małe owrzodzenie lekko krwawiące i znowu pokrywające się strupkiem. Takich ognisk początkowych może być więcej niż jedno.

Początkowy okres rzadko zwraca na siebie uwagę. Z biegiem czasu (niekiedy po latach) owrzodzenie rośnie, zjawia się wydzielina, dno staje się nierówne, stwardniałe, brzegi-naciekłe, wyniosłe, i wytwarza się charakterystyczny wygląd raka.

Owrzodzenie nie sprawia żadnego bólu i nie powoduje zaburzeń czynnościowych, więc chory nie przypisuje mu większej wagi i leczy się w sposób domowy rozmaitemi środkami.

Jak mówiłem wyżej, większość chorych rekrutuje się z pośród warstw rzemieślniczych i wiejskich, czyli warstw mało uświadomionych, więc nie zdaje sobie sprawy z niebezpiecznego schorzenia, a o swój wygląd zewnętrzny mało dba (ludzie starsi!). Toteż rośnie owrzodzenie miesiącami i latami; rak skórny w formie ograniczonej nie odbija się na wyglądzie chorego, nie uogólnia się nigdy i nie prowadzi do charłactwa.

Komplikacje. Przerzuty daje rzadziej niż rak błony śluzowej policzka, jednak zajęcie gruczołów limfatycznych podszczękowych i szyjnych po tej samej stronie zdarza się dość często, szczególnie w stadjum późnem. O wiele złośliwszy pod tym względem jest nabłoniak kolczystokomórkowy niż walcowatokomórkowy. Nigdy nie daje przerzutów carcinoma in lupo. Na 19 raków skórnych mam 4 przypadki z powiększeniem odpowiednich gruczołów (16,3%).

W dalszym przebiegu rak skórny może rosnąć w postaci guza, dochodząc do dużych rozmiarów, lub rozszerza się jako płaskie owrzodzenie, zajmując cały policzek i przechodząc na narządy sąsiednie, jak nos, oko, wargi lub małżowinę uszną.

Przytaczam przypadek przejścia raka policzka na szczękę górną i oko u 58-letniego mężczyzny, który cierpiał na raka policzka przez 10 lat.

Rak może też drążyć wgłąb, dojść do błony śluzowej policzka i spowodować przedziurawienie. Przez zetknięcie się z błoną śluzową wzrasta jego złośliwość i może mieć dalszy przebieg zupełnie podobny do przebiegu raka błony śluzowej.

ROZDZIAŁ IV

ROZPOZNANIE.

Rozpoznanie raka policzka, czy to powierzchni wewnętrznej, czy też zewnętrznej, nie nastręcza naogół trudności. Chory zgłasza się zwykle w okresie, w którym łatwo rozpoznać, że ma się do czynienia z nowotworem złośliwym.

Charakterystycznemi cechami owrzodzenia rakowego są: stwardniałe, nierówne, brodawkowate dno i nieregularne, zgrubiałe, twarde brzegi. Po stwierdzeniu takiego obrazu należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na ewentualne powiększenie odpowiednich gruczołów. Jeżeli, co rzadko się zdarza, chory zgłasza się w okresie wczesnym, kiedy jeszcze nie wytworzył się typowy obraz, to przedewszystkiem wiek chorego budzi podejrzenie, a wycinek próbny rozstrzyga wszelkie wątpliwości. Wycinek próbny pobieramy jednak nietylko w wypadku niewyraźnym, lecz nawet w razie braku wszelkich wątpliwości. W II Klinice Chirurgicznej panuje zasada, krzewiona przez Profesora *Radlińskiego*, że rozpoznanie histopatologiczne nowotworu musi poprzedzić wszelkie próby leczenia.

Rozpoznanie różnicowe. W przypadkach raka rzadko zachodzi potrzeba różnicowania, podkreślę tylko niektóre cechy odróżniające następujących schorzeń:

1) Szankier twardy pozapłciowy: dno o barwie miedziano-różowej, twarde, ale gładkie, brzegi wzniesione, ale równe; badanie wydzieliny surowiczo-ropnej wykazuje krętki blade; cały wrzód znika po kilku tygodniach.

2) Kilak: z okrągłego nacieku wytwarza się wrzód o brzegach poszarpanych i podminowanych, z dna oddziela się ciągnąca masa; anamneza kiłowa, odczyn *Bordet-Wassermana* dodatni.

3) Owrzodzenie gruźlicze: jest bolesne, bardziej miękkie, otoczone żółtawemi guziczkami; często kilka owrzodzeń obok siebie; występuje u osobnika gruźliczego.

4) Owrzodzenie banalne: zdarza się na błonie śluzowej policzka od natarcia ostrym zębem; po spiłowa-

niu lub wyrwaniu zęba goi się, ale może też trwać pewien czas; nie jest twarde, a jest bolesne; jeżeli przypadek dotyczy osobnika starszego, należy wziąć wycinek.

5) Noma: Zgorzel i perforacja policzka szybko rozszerzająca się, powstaje po przejściu choroby infekcyjnej; częstsze w wieku młodym; przebieg ostry.

6) Actinomycosis: promienica policzka może być podobna do postaci raka błony śluzowej, powikłanego stanem zapalnym, z przetoką ropną, szczękościskiem i twardem obrzmieniem okolicy podszczękowej; badanie ropy wykrywa grzybki promienicy.

ROZDZIAŁ V

ROKOWANIE.

Rokowanie w raku błony śluzowej policzka jest złe. Jego podstępne powstawanie, szybki rozwój i rozległe działanie destrukcyjne świadczą o dużej złośliwości. Istnienie przerzutu do gruczołów pogarsza znacznie rokowanie. Większość przypadków z przerzutami do gruczołów nie dochodzi już do wyleczenia.

Gosset podaje, że na 7 przypadków raka błony śluzowej policzka z zajęciem gruczołów tylko w jednym udało się uzyskać wyleczenie, które trwało zaledwie półtora roku, podczas gdy na 5 przypadków raka wargi z zajęciem gruczołów w jednym uzyskano wyleczenie, trwające dotychczas 8 lat.

Pozostawiony bez leczenia chory ginie w ciągu roku, ale i leczenie nie uchroni chorego od bliskiej śmierci, tylko ją odwlecze. Dzieje się tak dlatego, że dostajemy chorego w naszą opiekę za późno i nie możemy przez to zastosować się do pięknie brzmiącej zasady w terapji chirurgicznej nowotworów złośliwych — wcześnie rozpoznać i rozlegle wyciąć. Nawroty po takiem późnem leczeniu występują prawie z reguły.

* *
*

Rokowanie w raku skórnym policzka jest o wiele lepsze. Rak skórny daje się wcześniej spostrzec, przebiega wolno i rzadko daje przerzuty. Pozostawiony

bez leczenia prowadzi do śmierci dopiero po latach całych (często wskutek dołączenia się choroby przypadkowej). W leczeniu osiągamy dobre wyniki, nawroty jednak są dość częste. Złośliwość jego wzrasta, jak wspomniałem wyżej, z chwilą przebicia się do błony śluzowej.

Za miarodajny wskaźnik trwałego wyleczenia jest ogólnie przyjęty okres 4—5-letni, w ciągu którego nie daje się zauważyć żadnego śladu nawrotu nowotworu. Taki wynik trwały można uzyskać, według *Arzt-Fuhs-'a*, w 58% raków skórnych policzka, stosując kombinowaną metodę leczenia, podczas gdy rak wargi dolnej daje 64% wyleczeń, a górnej 85%

ROZDZIAŁ VI

LECZENIE.

Zanim przystąpię do opisu poszczególnych metod leczenia, uważam za konieczne rozważyć, co należy wpierw traktować: guz pierwotny czy odpowiednie gruczoły.

Kwestja ta wywołała dużo dyskusyj w świecie lekarskim i dotychczas jeszcze zdania są podzielone. Dawniej załatwiano chirurgicznie jednocześnie gruczoły, rak policzka i plastykę, jak to wynika z niektórych klinicznych historyj chorób. W ostatnich latach Profesor *Radliński* wprowadził w II. Klinice Chirurgicznej metodę dwuetapowego leczenia raków wargi dolnej lub jamy ustnej, polegającą na radykalnem operacyjnem usuwaniu odpowiednich gruczołów i następowem traktowaniu guza pierwotnego. Rodzaj leczenia guza pierwotnego zależy od wskazań, i często kieruje się chorego z Kliniki do Instytutu Radowego na leczenie energją promienistą.

Wręcz odwrotnie postępują *Gosset i Wallon i Fischel**)—w pierwszym etapie leczą owrzodzenie pierwotne radem a po przerwie dwutygodniowej usuwają chirurgicznie gruczoły. *Fischel* twierdzi, że śmiertelność

*) Fischel: Die chirurgische Behandlung von Metastasen in den Halslymphdrüsen beim Mundhöhlenkrebs. American J. Roentgenol. 1933.

pooperacyjna przy takiem postępowaniu wynosi 4%, gdy po zabiegach jedno-etapowych wynosi 20-25%. Autorzy ci przyznają, że jeżeli chory po pierwszym etapie leczenia (które dość ciężko znosi) wypisze się z zakładu, nie stosuje się często do zlecenia powrotu za 2 tygodnie i, albo wcale nie wraca, sądząc, że leczenie gruczołów to drugorzędna, nieważna sprawa, albo zgłasza się za późno. Stanowi to wadę tej metody, pozatem zdarza się często, że po zabiegu na nowotworze pierwotnym powstaje zapalenie odpowiednich gruczołów limfatycznych, uniemożliwiające ich usunięcie.

Metoda stosowana w naszej klinice nie powoduje takich komplikacyj, natomiast ma tę zaletę, że można w czasie ewakuacji gruczołów podwiązać naczynie, odżywiające nowotwór. Mimo tego niektórzy chirurdzy, jak *Theodoresco* i *Hofer*, nigdy nie wyłuszczali gruczołów przed usunięciem raka policzka z obawy zniesienia „opiekuńczej barjery gruczołowej“*)

W terapji raków posługujemy się trzema metodami: A) leczeniem chirurgicznem, B) leczeniem energją promienistą oraz C) leczeniem kombinowanem.

Należy pamiętać, że postępowanie lecznicze jest o wiele trudniejsze w przypadkach raków policzka, wychodzących z błony śluzowej, niż wychodzących ze skóry, ze względu na złośliwość pierwszych i trudny do nich dostęp. Omówię razem leczenie obu rodzajów raka, uwzględniając w odpowiednich momentach zachodzące różnice.

Ad A. *Leczenie chirurgiczne.*

Opiszę kolejno ewakuację gruczołów i zabieg na policzku.

I. *Radykalne wyłuszczenie gruczołów.* W przypadku jednoczesnego usuwania gruczołów i guza policzka można cięcie już dokonane na policzku przedłużyć na szyję. Jeżeli operujemy wyłącznie gruczoły, prowadzimy cięcie pod żuchwą (po jednej stronie) równolegle do niej i przedłużamy je wdół, wzdłuż mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego lub wzdłuż linji środkowej. Po odsłonięciu szyji na przestrzeni trójkąta przyśrodkowego i, wedle możności, bocznego usuwamy gru-

*) Theodoresco et Hofer: A propors des cancers de la joue; quelques remarques et quelques resultats. La Presse Medicale. 1934.

czoły podszczękowe i szyjne (w znieczuleniu miejscowem lub przewodowem).

Roux-Berger opisał technikę operacji, polegającej na absolutnem ogołoceniu połowy szyji z gruczołów i niektórych mięśni w przypadkach raków jamy ustnej lub gardła. Usuwa gruczoły podszczękowe, mięśnie: mostkowo-sutkowo-obojczykowy, mostkowo-gnykowy i łopatkowo-gnykowy, gruczoły, leżące na tętnicy szyjnej, oraz podwiązuje u dołu i u góry żyłę szyjną wewnętrzną, zabierając ją wraz z leżącym wzdłuż niej pakietem gruczołowym. Celem umożliwienia sobie jej podwiązania i wycięcia jak najwyżej, przecina tylny brzusiec mięśnia dwubrzuścowego i mięsień rylcowo-gnykowy; jednocześnie zabiera małe gruczoły, ukrywające się pod temi mięśniami. Radzi w ten sposób zawsze operować, nawet w przypadku niemacalności gruczołów, bo gdy te wszystkie gruczoły już są powiększone jest zapóźno na operację, i nawet taka rozległa interwencja chirurgiczna nie uchroni od nawrotu.

II. *Operacje na policzku.* W tym dziale omówimy 1) operację ograniczoną, 2) operację plastyczną i 3) resekcję szczęki.

1) Operacja ograniczona ma częste zastosowanie w rakach skórnych, niezajmujących dużej przestrzeni. Cięciem okrężnem wycina się owrzodzenie skóry policzka, nie naruszając błony śluzowej, i zeszywa się brzegi skóry.

W rakach błony śluzowej ma zastosowanie tylko w postaci ograniczonej nowotworu, który nie zdążył zająć sąsiednich tkanek. Operację możemy przeprowadzić od strony zewnętrznej policzka lub od strony jamy ustnej — w ostatnim przypadku nie posługujemy się nożem chirurgicznym, ze względu na trudny dostęp, lecz elektrycznym.

Metoda wypalania nowotworu za pomocą elektrotomji i elektrokoagulacji zajęła w ostatnich latach poważne miejsce w chirurgji. Posługujemy się w tym celu aparatem diatermicznym krótkofalowym, o wysokiem napięciu. Nóż elektryczny ma tę przewagę nad zwykłym, że niszczy komórki rakowe w obrębie cięcia, zamyka drobne naczynia krwawiące i powoduje powstanie delikatnej blizny.

Operując od strony zewnętrznej, prowadzimy cięcie przez skórę policzka od kąta ust do płatka usznego (cięcie *Jaegera* często używane we Francji), odpre-

parowujemy skórę i cięciem okrężnem nawylot usuwamy nowotwór błony śluzowej. Rany zamykamy w ten sposób, że brzegi śluzówki się zbliża w miarę możności katgutem a brzegi skóry zeszywa jedwabiem. Po takim zabiegu ściana policzka w miejscu operowanem zostaje odtworzona tylko przez skórę, która zupełnie wystarczy do utrzymywania szczelności zamknięcia jamy ustnej. Zabieg taki można zastosować tylko w nielicznych przypadkach, rzadko bowiem spotyka się raka błony śluzowej policzka w początkach jego rozwoju.

2) *Operacja plastyczna.* W przypadku zajęcia przez raka błony śluzowej—skóry policzka, lub odwrotnie, usuwa się rozlegle cięciem okrężnem, prowadzonem w obrębie tkanek zdrowych, dużą częsć ściany policzka. Otwór powstały w policzku nie daje się zamknąć i nasuwa się konieczność wykonania plastyki policzka (genioplastie). W tym celu przeszczepia się na otwór skórę z innej okolicy natychmiast po usunięciu nowotworu (operacja jednoetapowa) lub dopiero po zagojeniu brzegów rany (operacja dwuetapowa.)

Podam niektóre przyjęte sposoby przeszczepiania:

a) Podważenie i uruchomienie skóry z bezpośredniego sąsiedztwa rany i przemieszczenie na otwór — możliwe wówczas, gdy ten jest nieduży.

b) Wypreparowanie płata skórnego na szypule (z dalszej okolicy policzka, z szyji, skroni, czoła, głowy, ramienia) i przyszycie do brzegów rany. Przez szypułę płat się odżywia do czasu uzyskania nowego unaczynienia, poczem ją się odcina (najlepiej stopniowo). Płat można przyszyć do otworu powierzchnią nabłonkową zwróconą nazewnątrz lub też do wnętrza jamy ustnej; w ostatnim przypadku zastępuje błonę śluzową.

c) Niektórzy chirurdzy posuwają się dalej i na płat, zwrócony powierzchnią nabłonkową do wnętrza jamy ustnej, kładą drugi płat uszypułowany, powierzchnią nabłonkową zwrócony na zewnątrz.

Można też zastosować plastykę sztuczną za pomocą protezy.

Morestin zdobywał się na duże zabiegi na policzku, ogromnie uszkadzające, i na plastykę bardzo skomplikowaną i gorąco zalecał swoje sposoby. *Theodoresco i Hofer* są dotychczas zwolennikami szkoły *Morestin'a.* Obecnie jednak, dzięki doświadczeniu naszej kliniki i innych zakładów, wiemy, że plastyka w przy-

padkach raków policzka jest raczej piękną w teorji, niż korzystną w praktyce. Chirurg wkłada w taką plastykę dużo wysiłku i pietyzmu, a złośliwe schorzenie pacjenta obraca wszelkie jego wysiłki w niwecz. Nekroza płata lub szybki nawrót są częste w dalszym przebiegu.

W II. Klinice Chirurgicznej na 19 przypadków raka policzka wykonano 7 razy operację plastyczną. W 2 przypadkach płat uległ zgorzeli, w 2 wystąpił szybki nawrót.

3) *Resekcja szczęki.* W przypadku zajęcia szczęki górnej ograniczamy się zwykle do zdłutowania jej ściany policzkowej, w przypadku zajęcia szczęki dolnej zdłutowujemy jej brzeg zębodołowy, albo resekujemy ją częściowo lub całkowicie, zależnie od objawów. W znieczuleniu przewodowem lub ogólnem przeprowadza się cięcie łukowate wzdłuż żuchwy, wycina się guz nowotworowy i kość, następnie zeszywa się brzegi rany, co daje się łatwo wykonać ze względu na brak szkieletu kostnego (górny brzeg przeciętej śluzówki zeszywa się z brzegiem dobrze rozciągliwej śluzówki dna jamy ustnej). Operacja plastyczna jest tu rzadziej wymagana, bo brzegi rany dają się dobrze ściągnąć, a otwieranie ust nie jest potem utrudnione, blizna bowiem nie zrasta się z żuchwą poprostu dlatego, że żuchwy brak. Po zagojeniu można założyć protezę.

W II. Klinice Chirurgicznej na 19 przypadków raka policzka dokonano 8 zabiegów na szczękach: 3 resekcje żuchwy, 2 trepanacje żuchwy, 2 trepanacje szczęki górnej i 1 resekcję żuchwy łącznie z trepanacją szczęki górnej.

Ad B. *Leczenie energją promienistą.*

Na leczenie energją promienistą składają się dwa działy: a) leczenie radem i b) głęboka terapja promieniami *Roentgena.*

a) *Leczenie radem (curietherapia)*)*

Metody stosowania promieni radu w przypadkach raków policzka lub też innych są następujące:

---

*) Rad przechowuje się w ilościach miligramowych (przeważnie) w postaci stałej lub gazowej (emanacja radowa) w wydrążonych tubkach oraz igłach platynowych, irydowych lub złotych, hermetycznie zamkniętych. Cały zapas światowy radu wynosi około pół kilograma, a największe zakłady lecznicze posiadają tylko po kilka gramów radu. Instytut radowy w Warszawie posiada 1 gram radu, dar

1) Metoda kontaktowa.

Aparat z wosku, parafiny lub gumy modeluje się ad hoc, odpowiednio do rozmiarów i umiejscowienia nowotworu, wypełnia igłami radowemi i przymocowuje do policzka. Taki aparat zakłada się codziennie przez 7—9 godzin, w ciągu mniej więcej 5—8 dni, zależnie od objętości tkanki nowotworowej i dawki radu.



Rak policzka (z Inst. Rad. w Warszawie).

Łatwo jest taki aparat założyć na zewnętrzną powierzchnię policzka, jak to ma miejsce przy rakach skórnych, niewygodnie natomiast a nawet niebezpiecznie, jak twierdzą *Gosset* i *Wallon*, od strony jamy ustnej (w postaci protezy), albowiem, wchodząc w zbyt

Marji Skłodowskiej-Curie, który jest podzielony na 162 nierównych części. Platyna grubości 0,5—1 mm. służy jako filtr, zatrzymujący miękkie promienie α i β, działające zbyt niszcząco na zdrowe tkanki, i przepuszczający tylko twarde promienie γ o krótkiej fali. Jednostka miernicza promieni radowych nie została dotychczas uzgodniona. Używane są HED (Haut Erythem Dosis), millicurie, microcurie i inne jednostki.

W instytucie Radowym w Warszawie używana jest jednostka mch (millicurie heure). 1000 mch wynosi 133 milligram—godzin i oznacza się przez 1 mcd (millicurie detruit).

ścisły kontakt ze szczękami, może taki aparat z radem spowodować nekrozę kości. Toteż w przypadkach raka błony śluzowej policzka stosujemy metodę drugą.

2) *Metoda nakłuwania (aiguillage).*

W znieczuleniu nasiękowem wbija się do wnętrza guza igły radowe, które się pozostawia w guzie na 4—8 dni, zależnie od przypadku. Zapomocą nitek zabezpiecza się igły na wypadek samoistnego wypadnięcia z guza i za pomocą tychże nitek wyciąga się te igły po skończonem leczeniu.

Regaud stosuje wkłuwania tylko w postaci guzowatej raka, a w postaci płaskiego owrzodzenia — aparat woskowy lub *Roentgen.*



Rak policzka po leczeniu radem
(z Inst. Rad. w Warszawie)

Mówiłem wyżej, że rurki platynowe służą jako filtr, zatrzymujący promienie α i β. Otóż *Du Bois* *) ogłosił, że od roku 1925 leczy skutecznie raki skórne niefiltrowanemi promieniami radu, mianowicie: aplikuje lub wbija do tumoru na 8 dni włoskowate rurki

*) Du Bois: Curietherapie a feu nu des cancers cutanes. 1932.

szklanne długości 4 mm, zawierające każda po 1 mc. radu. Jeden taki ładunek niszczy, według niego, w ciągu 8 dni 1 cm. sz. tkanki nowotworowej. Powtórnego założenia, w razie potrzeby, można dokonać dopiero po kilku miesiącach, gdy reakcja zupełnie ustąpi.

b) *Głęboka terapja promieniami Roentgena.*

Aparat *Roentgena* o bardzo wysokiem napięciu (około 200.000 volt) wydaje promienie o bardzo krótkiej fali. Promienie te przefiltrowane przez warstwę miedzi lub cynku grubości 1,5—2 mm. są bardzo podobne do twardych promieni γ, które emanuje rad*).

Metody stosowane w rentgenoterapji są różne.

1) Przed laty była przyjęta *metoda naświetlania serjami*, polegająca na zastosowaniu co pewien czas kilku napromienianń — obecnie stosowana tylko jako leczenie objawowe i paljatywne. Przekonano się bowiem, że w ten sposób nowotworu się nie wyjałowi, odwrotnie — nowotwór może nabyć odporności wobec promieni.

2) Metoda wymierzania dużych dawek w krótkim czasie okazała się niebezpieczną, bo może spowodować rozległe zniszczenie tkanek zdrowych.

3) Obecnie stosowana jest *metoda Coutarda*, asystenta profesora *Regaud*, polegająca na tem, że się napromienia okolicę zajętą nowotworem codziennie przez 0,5—1,5 godzin, w ciągu kilku tygodni, — i na tem leczenie jest zakończone.

Jaką przewagę ma ta metoda nad innemi?

Otóż *Regaud* pierwszy zwrócił uwagę na to, że czynnik czasu (facteur temps) odgrywa pierwszorzędną rolę w leczeniu raka. W ciągu jednego seansu chory otrzymuje umiarkowaną dawkę promieni, nieszkodliwą dla tkanek zdrowych, ale po kilku tygodniach dawka sumaryczna już jest taka, jakiej ustrój ludzki nie mógłby znieść, gdyby ją zaaplikowano w krótkim czasie. Przez ten długi okres napromieniania wszystkie komórki nowotworu przechodzą cykl podziału, a udowodniono, że komórka w okresie podziału jest bardzo wrażliwa na promienie i szybko ginie.

Jakiego rodzaju energję promienistą należy stosować w rakach policzka?

---

*) Jednostką międzynarodową dla promieni Roentgena jest „r".

W rakach policzka *Roentgen* ma zastosowanie w przypadkach rozległego nowotworu z przerzutami do gruczołów limfatycznych lub w recydywach, rad — w przypadkach lżejszych, bardziej powierzchownych. Trzeba pamiętać, że zawsze chodzi nam o to, żeby promienie przenikały dość głęboko i równomiernie.

Pozwolę sobie przytoczyć ustęp z monografji *Łukaszczyka:* „Ponieważ biologiczne podstawy działania promieni radu i *Roentgena* są te same, i dotychczasowe spostrzeżenia przemawiają za tem, że sposób działania jest jednakowy, o wyborze jednych lub drugich w danym przypadku decydują tylko względy techniczne. W zmianach niezbyt rozległych, powierzchownych lub łatwo dostępnych — rad jest wygodniejszy w użyciu, można wtedy wymierzyć znaczną dawkę promieni na guz, nie działając silniej na otaczające tkanki zdrowe. W sprawach rozległych, głęboko położonych, promienie *Roentgena* lepiej zadośćuczynią omówionym postulatom“.

Po skutecznem zastosowaniu energji promienistej powstaje reakcja t. zw. radioepirdemite, będąca dla lekarza wskaźnikiem dostatecznie wymierzonej dawki, dla chorego... często żródłem niesłusznych obaw, że nowotwór się powiększył.

Potem rak rozpada się i wydziela w postaci strzępów, a po kilku miesiącach powstaje blizna łącznotkankowa, która pokrywa się świeżym nabłonkiem.

Komplikacje po leczeniu energją promienistą.

1 Ze wszystkich nowotworów jamu ustnej rak policzka jest zawsze najbardziej zainfekowany i towarzyszące mu objawy zapalne są nader wyraźne, a stwierdzoną jest rzeczą, chociaż niewyjaśnioną, że infekcja zmniejsza wrażliwość tkanki nowotworowej na promienie, a z drugiej strony działanie promieni wywołuje nasilenie zakażenia tkanki. I rzeczywiście, często widzimy po zastosowaniu energji promienistej przy rakach błony śluzowej policzka wystąpienie zacieków i długotrwałego przykrego ropienia.

2) Mówiliśmy wyżej o cienkości ściany policzka i możliwości przedziurawienia. Otóż działanie niszczące promieni może czasami spowodować perforację policzka (wrzód popromienny).

3) Bardzo niepożądanem powikłaniem jest t. zw. *osteoradionekroza szczęki* (najczęściej szczęki dolnej,

w której sąsiedztwie rak policzka się rozwija) — sprawa bardzo bolesna, długotrwała, połączona z ropieniem i tworzeniem się martwaków kostnych. Nieraz zachodzi konieczność resekcji takiej schorzałej szczęki.

* *

*

Z powyższego wynika, że leczenie energją promienistą niezawsze jest dobrodziejstwem i że może się stać również klęską, — przeto powinno być przeprowadzone w odpowiednich zakładach i pod kierownictwem specjalistów.

Ad C. *Leczenie kombinowane.*

Przed wykryciem radu przez *Skłodowską-Curie* leczenie nowotworów było wyłącznie chirurgiczne. Po doświadczeniach z pierwszych lat stosowania radu przekonano się, że wyolbrzymiono znaczenie tego środka. W lecznictwie współczesnem najbardziej rozpowszechniona jest kombinowana metoda leczenia nowotworów, w której terapja promieniami idzie w parze z chirurgją.

W leczeniu raków policzka ma ta metoda duże zastosowanie, toteż przebieg leczenia przedstawia się często w sposób następujący:

1-y etap. Operacyjne, radykalne usunięcie gruczołów limfatycznych podszczękowych i szyjnych.

2-i etap. Leczenie energją promienistą pierwotnego raka policzka (mniej więcej w dwa tygodnie po pierwszym zabiegu).

Przed założeniem igieł radowych zmniejszamy w znieczuleniu miejscowem lub ogólnem objętość guza i wyrównujemy jego powierzchnię za pomocą noża elektrycznego albo pętli (elektrotomia), celem umożliwienia zastosowania mniejszej dawki radu i skrócenia czasu leczenia.

Pozatem, według niektórych autorów, zachodzi czasem potrzeba dodatkowego naświetlania odpowiedniej połowy szyji promieniami *Roentgena* po radykalnem usunięciu gruczołów limfatycznych (w przypadku histologicznego stwierdzenia przerzutu w wyłuszczonych gruczołach).

ROZDZIAŁ VII

WSKAZANIA

Nie każdy chory, cierpiący na raka policzka może być leczony; są pośród nich tacy, wobec których stajemy bezradnie rozłożywszy ręce.

Uznajemy jako „inoperabilis" i jako nie nadające się do promieniolecznictwa przypadki w stanie charłactwa, przypadki z ogromnemi pakietami gruczołów nieruchomych i zrośniętych z otoczeniem oraz przypadki w okresie daleko posuniętym, czyli końcowem. Wobec takich chorych można zastosować tylko leczenie paljatywne i objawowe dla ulżenia ich cierpieniom.

W przypadku raka policzka nadającego się do leczenia należy przedewszystkiem zastanowić się co do wyboru metody leczenia. Wspomniałem wyżej, że duże zastosowanie ma leczenie kombinowane i że wpierw zajmujemy się gruczołami. Otóż gruczoły jest bardzo trudno wyjałowić energją promienistą.

Profesor *Radliński, Regaud, Roux-Berger, Fischel Duffy* i inni uważają operacyjne usunięcie gruczołów jako metodę z wyboru, przyczem *Roux-Berger* radzi wyłuszczyć gruczoły nawet w przypadku ich niemacalności, a *Duffy**) tylko, gdy są macalne, ruchome i odosobnione.

W przypadku niemacalności gruczołów *Duffy* i *Stevart* naświetlają profilaktycznie *Roentgenem* odpowiednią okolicę szyji (23,5% przypadków profilaktycznie naświetlonych wykazały później przerzuty!)

Nie nadają się do operacji gruczoły obustronne, gruczoły z przetokami i gruczoły po stronie przeciwnej niż guz pierwotny — te przypadki można próbować leczyć promieniami *Roentgena* (rzadziej radem).

Co się tyczy samego raka pierwotnego policzka można ustalić następujące wskazania:

1) Jeżeli zmiana jest ograniczona, to czy znajduje się na śluzówce czy na skórze policzka, jednakowo dobrze

*) Duffy: Konservatives Vorgehen bei der Behandlung der Halslymphdrüsen in Fällen von Mudhöhlenkrebs. American. J. Roentgenol. 1933.

podda się zarówno leczeniu chirurgicznemu, jak curieterapji i rentgenoterapji. Przy carcinoma basocellulare we wczesnym okresie można uzyskać 80% wyleczeń. Niektórzy chirurdzy (prof. *Radliński, Mackée, Trueblood,* *) *Wirtz* **) i inni) wolą raki skórne załatwiać operacyjnie, bo niektóre z tych raków np. carcinoma spinocellulare poddają się trudno leczeniu promieniami (nie mam na myśli przypadków, w których chodzi o efekt kosmetyczny np. w raku powieki).

2) Jeżeli rak policzka przeszedł już na kość szczęki, musi być wykonana bezwzględnie operacja połączona z resekcją częściową lub całkowitą szczęki, albowiem kość, jako tkanka bardzo wrażliwa na promienie, może ulec bolesnemu procesowi osteoradionekrozy wrazie zastosowania energji promienistej.

3) Jeżeli rak policzka zajmuje błonę śluzową i skórę jednocześnie na większej przestrzeni, wskazane jest wyłącznie leczenie energją promienistą, albowiem operacyjnie należałoby wówczas prawie cały policzek wyciąć, a plastyka w takim razie byłaby bardzo trudną.

ROZDZIAŁ VIII.

OBSERWACJE.

Przytaczam poniżej 31 obserwacyj, na podstawie których opracowałem zagadnienie raka policzka. Ułożyłem je w 4 grupy w zależności od zastosowanego leczenia.

I grupa obejmuje przypadki leczone inną metodą w czasie pierwszego zachorowania, a inną w okresie nawrotu (6 obserwacyj).

II grupa obejmuje przypadki leczone wyłącznie chirurgicznie (11 obserwacyj).

III grupa obejmuje przypadki leczone wyłącznie energją promienistą (6 obserwacyj).

---

*) Trueblood: Chirurgie der Gesichts- und Lippencarcinomen. Zentralblatt für die gesamte Radiologie. 1933.

**) Wirtz: Erkennung und Behandlung des Hautkrebses. Zentralblatt für die gesamte Radiologie. 1933.

IV grupa obejmuje przypadki leczone metodą kombinowaną (8 obserwacyj).

Wyniki leczenia umieściłem na końcu tej pracy.

GRUPA I

Obserwacja I

II. Klinika Chirurgiczna UJP.)
Historja choroby Nr. 613- Dział I-a. rok akademicki 1925/26.

Przypadek raka skórnego policzka (na wilku) u młodocianego osobnika gruźliczego z zajęciem szczęki górnej i przedziurawieniem policzka, leczonego uprzednio energją promienistą. Zejście śmiertelne 11 dni po operacji wskutek gruźliczego zapalenia płuc.

CARCINOMA FACIEL IN LUPO. Tbc pulmonum.
Excisio tumoris et trepanatio maxillae superioris sinistrae.

Dnia 15-go marca 1926 złosił się do kliniki K. Bronisław, robotnik lat 22 (chory na płuca), z powodu niegojącego się owrzodzenia na lewym policzku.

Przed 7 laty zachorował na wilka twarzy i był leczony w Szpitalu Św. Łazarza przez długi czas lampą Finsena aż do skutku. Przed 3 laty powstały dwa owrzodzenia na policzkach, w okolicy fałdów nosowowargowych, z których prawe zagoiło się pod wpływem leczenia promieniami Roentgena, lewe zaś powiększało się uporczywie.

W grudniu 1925 był wzięty wycinek z tego owrzodzenia w ambulatorjum II kl. chir., i badanie histologiczne wykazało raka rogowaciejącego. Chorego skierowano do leczenia promieniami Rtg. Po naświetlaniach zaszła widoczna poprawa, lecz tuż potem owrzodzenie zaczęło szybko się rozszerzać i pogłębiać, pokryło się szaremi cuchnącemi masami, więc chory zgłosił się do kliniki celem poddania się zabiegowi operacyjnemu.

Badanie przedmiotowe: Ślady bliznowate różnorodnie zabarwione na obu policzkach i nosie. Owrzodzenie o spoistości twardej, nieruchome wobec szczęki, pokryte martwicową, cuchnącą tkanką, zajmujące przyśrodkową połowę policzka lewego, skrzydło nosa i częściowo wargę górną. W środku owrzodzenia — dziura, drążąca nawylot do przedsionka jamy ustnej.

Gruczoły podszczękowe i szyjne macalne, po obu stronach jednakowe. Objawy fizykalne gruźlicy obu płuc. Badanie plwociny wykazało obecność prątków Kocha.

20-go marca 1926, operacja: W uśpieniu mieszanką chloroformowo-eterową usunięto lewe skrzydło no-

sa, część wargi górnej i dolnej oraz znaczną część lewego policzka. Następnie zdłutowano przednią ścianę szczęki górnej, otwierając zatokę Highmora. Silne krwawienie, które wywiązało się w czasie zabiegu, udało się opanować za pomocą tamponady z gazy jodoformowe.

Badanie histopatologiczne usuniętego nowotworu wykazało raka kolczastokomórkowego ze zrogowaceniami-cancroid.

Po operacji wywiązało się zapalenie płuc i chory zmarł 31-go marca 1926 r.

Rozpoznanie anatomopatologiczne na podstawie sekcji: Status post operationem factam (resectio partis sinistrae maxillae superioris). Pneumonia tbc lobi superioris et medii dextri. Tbc cavernosa et nodosa pulmonis sin. Pleuritis serofibrinosa lat. dextri. Amyloidosis lienis et hepatis. Lymphadenitis colli et thoracis probabiliter tbc. Adhaesiones pleurales.

Obserwacja 2

Instytut Radowy.
Historja choroby Nr. S|302-33.

CARCINOMA BUCCAE SINISTRAE RECIDIVANS POST OPERATIONEN. Carcinoma incipiens labii inferioris.

Rtg. 18.IX.—29.IX 1933

17.IX. 1933. G. Paweł, rolnik l. 50, przybył z powodu nawrotu schorzenia, leczonego gdzieindziej.

Przed rokiem spostrzegł rankę na śluzówce lewego policzka w dolnym odcinku. Ranka ta uległa owrzodzeniu, które w krótkim czasie, wśród bólów, zajęło całą ścianę policzka w dolnej części ze skórą włącznie, — i przed 6 miesiącami chory poddał się operacji całkowitego usunięcia owrzodzenia. Przed 3 miesiącami blizna pooperacyjna zaczęła ropieć, wobec czego chory poddał się ponownemu zabiegowi, lecz ropienie nie ustało, a w dawnem miejscu wytworzył się nowy guz. Ojciec zmarł na owrzodzenie wargi.

Badaniem miejscowem stwierdzono w dolnej części lewego policzka bliznę poziomą, sięgającą od kąta ust do kąta żuchwy; od części środkowej blizny wdół — naciek nowotworowy twardy, o średnicy około 5 cm, z głębokiem owrzodzeniem w środku, drążącem nawylot do jamy ustnej i spoczywającem częściowo na kości. Pozatem płytkie owrzodzenie o średnicy około 1,5 cm na wardze dolnej.

Rozpoznanie histopatologiczne wycinka:
Carcinoma spinocellulare parakeratodes,

18.IX.33. Rozpoczęto naświetlania Roentgenem.
W ciągu 11 dni, przez 7 i $^1/_2$ godzin, chory otrzymał dawkę działającą 3300 r.
Wystąpiła reakcja rumieniowa skóry, naciek dookoła owrzodzenia zmiękł a owrzodzenie zaczęło się oczyszczać.

Obserwacja 3

II. Klinika Chirurgiczna. U J P.
Historja choroby N. 1000, Dział I. Rok akademicki 1927/1928.

Przypadek raka błony śluzowej policzka z zajęciem szczęki, z trzema nawrotami, dwukrotnie operowany i leczony radem.

CARCINOMA BUCCAE DEXTRAE RECIDIVANS.
Excisio tumoris. Resectio partialis mandibulae.

Z. Chaim, felczer lat 61, zgłosił się do kliniki 9 czerwca 1927 r. z powodu twardego nacieku prawego policzka i na prawej szczęce dolnej, oraz z powodu bólów w tej okolicy.

Przed półtora roku zauważył na śluzówce wewnętrznej powierzczni prawego policzka małą krostkę z białym łebkiem. Stosowanie jodyny i lapisu okazało się bezskutecznem. Krostka przeszła w płaskie owrzodzenie o twardych, naciekłych brzegach i pod żuchwą wystąpił twardy gruczołek. Dopiero wówczas chory zaniepokoił się i zwrócił po poradę do lekarza, który zalecił mu natychmiastową operację. Zabieg został wykonany przed rokiem w Szpitalu na Czystem, gdzie badanie histopatologiczne wykazało: Carcinoma spinocellulare.

Po operacji chory był dwukrotnie leczony radem; raz — tuż po operacji, drugi raz — przed trzema miesiącami.

Od dwóch miesięcy chory zaczął odczuwać bóle w okolicy szczęki dolnej i to go zmusiło do zwrócenia się do kliniki.

Badaniem przedmiotowem stwierdzono twardy naciek dolnej części policzka prawego, obejmujący całą jego grubość od skóry do śluzówki włącznie i przechodzący na żuchwę i okolicę gruczołową, podżuchwową. Na dziąśle prawem — małe owrzodzenie bolesne, jednak bez stwardnienia.

Badanie histopatologiczne wycinka z owrzodzenia na dziąśle cech nowotworu nie wykazało.

18. czerwca 1927 r. — operacja: W narkozie eterowej usunięto guz cięciem okrężnem w granicach tkanek zdrowych oraz dokonano resekcji odcinka trzonu

prawej żuchwy długości 4 cm. Śluzówkę zeszyto szwami katgutowemi, skórę — jedwabnemi, został jednak mały otwór, niedający się ściągnć, który został wypełniony gazą jodoformową. W górnym brzegu usuniętego kawałka szczęki stwierdzono chropowaty ubytek, wypełniony miękką tkanką; w skrawku z tego miejsca wykazano typowe utkanie rakowe.

W okresie pooperacyjnym chory miał trudności z jedzeniem, część którego wychodziła przez otwór szparowaty w policzku nazewnątrz.

15. lipca 1927 r. założono choremu protezę wykonaną w Państwowym Instytucie Dentystycznym i zdawało się, że chory jest wyleczony; jednak wobec stwierdzenia in loco operationis podejrzanych co do nawrotu miejsc, wzięto wycinek z śluzówki policzka i dziąsła. W obu wycinkach stwierdzono obecność komórek rakowych. Miano powtórnie dokonać operacji, lecz chory wypisał się dnia 19 lipca 1927 r. na własne żądanie.

Obserwacja 4

II. Klinika Chirurgiczna U J P.
Historja choroby Nr. 289 Dział I. Rok akademicki 1928/1929.

Przypadek raka skórnego policzka, operowanego po uprzedniem leczeniu promieniami Roentgena. Zejście śmiertelne 1½ miesięcy po zabiegu z powodu niedomogi serca.

CARCINOMA IN LUPO FACIEI DEXTRAE.
Extirpatio neoplasmae et operatio plastica.

Chora K. Wanda, lat 60, przyjęta do kliniki dnia 20 listopada 1928 r. z powodu niegojącego się i stale powiększającego się owrzodzenia prawego policzka, które powstało przed kilku laty.

Przed 30 laty zachorowała na wilka twarzy. Ostatnio była leczona przez wyłyżeczkowanie owrzodzenia oraz promieniami Roentgena, lecz bez skutku. Przez ostatnie kilka miesięcy otwieranie ust stało się trudne.

Miejscowo stwierdzone na policzku prawym owrzodzenie wielkości dłoni dziecka, sięgające do ucha, o barwie czerwonej, dnie twardem, i brzegach wyniosłych, — niebolesne przy dotyku. Gruczoły podszczękowe i szyjne niemacalne.

Badanie histopatologiczne skrawka, wziętego ze środka owrzodzenia, wykryło: Carcinoma spinocellulare z licznemi naciekami obok ognisk rakowych.

Dnia 26 listopada 1928 r. Operacja. W uśpieniu eterowem wycięto całe owrzodzenie wraz ze skrawkiem

muszli usznej prawej. Następnie urochomiono na szyji płat skórny z szypułą w okolicy nadobojczykowej prawej i przyszyto do brzegów rany pooperacyjnej na twarzy.

Dnia 7 grudnia podcięto szypułę płata. W dniach następnych płat transplantowany uległ zgorzeli. Cała rana na policzku pokryła się brudnym, szarym, cuchnącym nalotem. Stan chorej znacznie się pogorszył, wystąpiła niedomoga serca, i chora zmarła dnia 3 stycznia 1929 r.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne na podstawie sekcji: Status post operationen faciei factam. Dilatatio m. gr. cordis totius. Thrombi parietales ventriculi dextri cordis. Steatosis myocardii, hepatis, renum. Tumor lienis acutus. Bronchitis mucopurulenta bilateralis.

Obserwacja 5

II. Klinika Chirurgiczna U J P.

3 historje choroby N. 605, 889 i 1143. Dział I. Rok akademicki 1930|1931 i 1931|1932.

Przypadek raka błony śluzowej policzka z wczesnym przerzutem do gruczołów. Nawrót w rok po operacji.

CARCINOMA BUCCAE DEXTRAE.

Extirpatio glandularum colli. Resectio rami mandibulae. Excisio tumoris. Recidiva. Roentgenotherapia.

C. Natalja, wyrobnica lat 48. przybyła do kliniki dnia 6 marca 1931 r. z powodu owrzodzenia w jamie ustnej, którego stan początkowy zauważyła przed czteroma miesiącami i które bezskutecznie leczyła zachowawczo jodyną i innemi środkami farmakologicznemi.

Miejscowo stwierdzono na śluzówce policzka prawego, na poziomie ostatniego zęba trzonowego dolnego (w fałdzie policzkowo-dziąsłowym dolnym), owrzodzenie wielkości dwuzłotówki o dnie nierównem i brzegach twardych, krwawiące przy obmacywaniu.

Gruczoły podszczękowe prawe — duże, ruchome, niebolesne.

Badanie skrawka z brzegu owrzodenia wykazało: Carcinoma spinocellulare.

13 marca 1931 r. dokonano operacji w uśpieniu ogólnem awertyną: cięcie wzłuż wewnętrznego brzegu m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego prawego przedłużono do kąta ust, przez co udostępniono sobie pole operacyjne. Po usunięciu gruczołów szyjnych, leżących wzdłuż wewnętrznej powierzchni tego mięśnia, gruczołów podszczękowych oraz ślinanki podszczękowej — dokonano

resekcji ramienia prawego żuchwy i wycięto płat śluzówki, mieszczący owrzodzenie rakowe. Brzegi pozostałej śluzówki zeszyto katgutem, skórę jedwabiem i pozostawiono dwa sączki na szyji.

Badanie usuniętych gruczołów wykazało przerzut (carcinoma spinocellulare).

Chora zniosła operację dobrze. Przez kilka tygodni po zabiegu miewała stany podgorączkowe, a z rany pooperacyjnej na szyji wydzielał się płyn ropiasty.

1 kwietnia opuściła klinikę zakwalifikowana do leczenia ambulatoryjnego.

Przez rok była zdrowa.

16 maja 1932 r. wróciła do kliniki z powodu nawrotu. Z guza w okolicy szczęki dolnej prawej wydzielała się ropa z przetoki.

W skrawkach z serowatych mas, wyciśniętych z guza, badanie mikroskopowe wykryło utkanie Carcinoma spinocellulare ze znacznemi zrogowaceniami.

Guz uznano za nienadający się do operacji, wobec tego zastosowano w klinice rentgenoterapję. W ciągu miesiąca chora otrzymała 10 naświetlań,

18. czerwca 1932 chora została wypisana z tem, że ma się zgłosić po pięciotygodniowej przerwie do dalszej kuracji,

8. sierpnia 1932 przybyła do kliniki poraz trzeci. Guzowate owrzodzenie w okolicy prawego policzka i prawej szczęki dolnej nie wykazało żadnych tendencyj do zmniejszania się.

Zaaplikowano drugą serję naświetlań rentgenowskich.

19. sierpnia 1932 chora opuściła klinikę.

Obserwacja 6.

Instytut Radowy.
Historja choroby Nr: P|408-34.

CARCINOMA CUTIS FACIEI.
Rad 25.IV.—3.V.1934

25.IV. 1934 zgłosiła się do instytutu Henryka M. obywatelka ziemska, lat 68, z powodu owrzodzenia na twarzy. Od 10 lat rozwija się owrzodzenie na policzku lewym, od 2 lat na nosie, od roku na policzku prawym. Przed 8 miesiącami była operowana.

Badanie miejscowe: 1) Na policzku lewym jedno owrzodzenie duże, o średnicy 5,5 cm, miejscami pokryte strupkami, w środkowej części guzowato wyniosłe

drugie mniejsze nad kątem żuchwy, o średnicy 1 cm. 2) na nosie guzek owrzodziały 3) Na policzku prawym wyniosła blizna, długości 2,5 cm, o otoczeniu zaczerwienionem, pokrytem strupkami. Rozpoznanie histo-pat.: Carcinoma planoepitheliale intermediocellulare akeratodes.

Zastosowano leczenie radem. Przyłożono kolejno aparaty woskowe, naładowane radem w filtrze Pt. 1, na lewy policzek od 25-go do 28.IV. po blisko 8 godzin dziennie (dawka całkowita 65,94 mcd), na nos od 27-go IV. do I.V. po blisko 6 i 1/2 godzin (dawka całkowita 25,932 mcd), na prawy policzek od 30.IV do 3.V. przez około 5 i 1/2 godzin dziennie (dawka całkowita 4,486 mcd).

Reakcja poradowa w postaci zaczerwienienia i obfitego sączenia trwała 4 tygodnie. Potem chora pozostawała pod obserwacją przez rok i 2 miesiące. Stwierdzono prawie całkowite wyleczenie na obu policzkach, na nosie tylko pewne polepszenie.

3.VII. 1935 stwierdzono w fałdzie policzkowonosowym lewym owrzodzenie wielkości 1 cm. Zalecono powtórzenie leczenia radem.

GRUPA II (Leczenie chirurgiczne)

Obserwacja 7

II. Klinika Chirurgiczna U J P.
Historja choroby N. 730. Dział I. Rok akademicki 1920/1921.

Przypadek nawrotu raka skórnego policzka z zajęciem szczęki górnej i oka. Śmierć w dwa miesiące po zabiegu wskutek komplikacji oponowo-mózgowej.

CANCROID FACIEI RECIDIVANS.

Excisio tumoris. Trepanatio maxillae superioris et exenteratio orbitae Trepanatio cranii.

5. sierpnia 1921 r. zgłosił się do kliniki J. Mateusz, robotnik lat 58, z prośbą o operacyjne usunięcie owrzodzenia na skórze lewego policzka.

Przed rokiem był już operowany w Szpitalu Św. Rocha, gdzie usunięto mu operacyjnie owrzodzenie policzka i pokonano plastyki. Początek schorzenia datuje się z przed dziesięciu laty przez wytworzenie się małej ranki, która stopniowo się rozszerzała.

Miejscowo stwierdzono owrzodzenie twarde, kraterowate, zajmujące górną połowę lewego policzka. Oko wtórnie zaatakowane nowotworem. Dno owrzodzenia drąży w kość szczęki górnej!

Roentgen wykazał zatarcia rysunku przedniej powierzchni szczęki górnej.

12. sierpnia 1921 dokonano w narkozie eterowej rozległego zabiegu usunięcia nowotworu, połączonego ze zdłutowaniem przedniej powierzchni szczęki i wyłuszczeniem oczodołu.

W przebiegu pooperacyjnym wywiązały się gorączka, somnulencja, objawy psychiczne i porażenne.

Ze względu na podejrzenie komplikacji podoponowej dokonano dnia 19 września 1921 trepanacji czaszki, która jednak nie dała wyniku pozytywnego.

Prawie miesiąc później, 16 października 1921 r. chory zmarł.

Obserwacja 8

II. Klinika Chirurgiczna U J P.
Historja choroby N. 124. Dział I. Rok akademicki 1921/1922.

Przypaoek raka błony śluzowej policzka z przejściem na skórę i zajęciem szczęki dolnej. Zejście śmiertelne w miesiąc po zabiegu.

CARCINOMA MALAE SINISTRAE.
Trenapatio mandibulae. Operatio plastica.

Chory M. Lejb, lat 59, przybył do kliniki z powodu guza policzka lewego, który zaczął się na wewnętrznej powierzchni policzka i rozrósł się szybko w ciągu trzech miesięcy.

Miejscowo stwierdzono: na zewnetrznej powierzchni policzka lewego, w części dolnej, twory guzowate, twarde, o brzegach wyniosłych i powierzchni owrzodziałej, pokrytej wydzieliną ropiastą. Śluzówka policzka na tej samej wysokości również pokryta owrzodzeniem grzybiastem barwy szarobiałej. Cały twór zrośnięty z żuchwą.

Gruczoły podszczękowe i szyjne znacznie powiększone po stronie lewej i nieznacznie po stronie prawej.

Przesłano do zbadania skrawek z owrzodzenia śluzówki i skóry policzka. Rozpoznanie histopatologiczne: Carcinoma planoepitheliale.

28. listopada 1921. Zabieg operacyjny: W uśpieniu eterowem usunięto nowotwór cięciem okrężnem, przeprowadzonem nawylot przez wszystkie warstwy policzka, oraz zdłutowano wyrostek zębodołowy i dolny brzeg żuchwy. Następnie odseparowano płat skórny na szyji aż do obojczyka z szypułą pod żuchwą, obrócono go o 180^0, układając powierzcgnią nabłonkową do wnętrza jamy ustnej i zeszyto z brzegami rany; po-

czem usunięto gruczoły podszczękowe i szyjne wzdłuż dużych naczyń.

Stan pooperacyjny chorego był w pierwszych dniach dość dobry, potem jednak płat znekrotyzował, wystąpiło odoskrzelowe zapalenie płuc i chory zmarł 11.XII. 1921 roku.

Obserwacja 9

II. Klinika Chirurgiczna U. J. P.
Historja choroby N. 183, Dział I., Rok akademicki 1921/1922.

Przypadek raka błony śluzowej policzka z zajęciem obu szczęk.

CARCINOMA MALAE DEXTRAE.

Hemiresectio mandibulae. Trepenatio maxillae. Excisio tumoris et glandularum.

Chory M. Franciszek, zdun, zgłosił się do kliniki 25.XI.1921 r. z powodu niegojącego się owrzodzenia na wewnętrznej powierzchni policzka prawego. Chory podał, że przed pół roku zranił się kostką w czasie jedzenia w policzek, a pozostała stąd ranka na błonie ślnzowej nie chciała się goić, odwrotnie, ciągle zwiększała się, mimo stosowania płukań i lapisowania.

Badanie przedmiotowe: Stwierdzono uwypuklenie prawego policzka na zewnątrz, powodujące asymetrję twarzy. Cały policzek stwardniały od szczęki dolnej do górnej, na jego błonie śluzowej owrzodziały, rozpadający się twór.

Na szyji po stronie prawej powiększone, chrząstkowato-twarde gruczoły.

Odżywienie chorego — liche.

3 grudnia 1921 r.—operacja: W narkozie eterowej usunięto gruczoły limfatyczne podszczękowe i szyjne wraz ze ślinanką podszczękową prawą. Następnie przeprowadzono cięcie skośne przez prawy policzek od kąta ust aż poza staw żuchwowy i dokonano resekcji prawej żuchwy, wycięcia całkowitego guza nowotworowego oraz zdłutowania przedniej powierzchni szczęki górnej, której okostna była ściśle związana z guzem. Następnie ściągnięto w miarę możności brzegi rany, wypychając niektóre luki gazą jodoformową.

Rozpoznanie histopatologiczne: Carcinoma spinocellulare.

Chory zniósł zabieg nieźle. Otwory komunikacyjne między jamą ustną a światem zewnętrznym, przez które widzć było język, z biegiem czasu zaczęły się

zabliźniać i dnia 10 stycznia 1922 chory opuścił klinikę w dobrym stanie; dalsze leczenie miał przeprowadzić ambulatoryjnie.

Obserwacja 10

II. Klinika Chirurgiczna U. J. P.
Historja choroby Nr. 591 Dział I-a. Rok akademicki 1927|1928.

Przypadek, będący drugim nawrotem po raku skórnym policzka, który przeszedł na żuchwę i wargę dolną.

CARCINOMA MANDIBULAE ET LABII INFERIORIS.

Resectio partialis mandibulae et operatio plastica.

M. Józef, rolnik lat 36, zgłosił się do kliniki 16 kwietnia 1928 r. celem poddania się poraz trzeci operacji z powodu nawrotu nowotworu na twarzy.

Przed trzema laty zauważył krostę na lewym policzku, która nie goiła się i uległa rozpadowi. Przed dwa i pół roku był operowany w szpitalu na Pradze, gdzie usunięto guz policzka i gruczoły. Przed rokiem był tamże powtórnie operowany z powodu nawrotu.

Stan obecny: W dolnej części lewego policzka guz wrzodziejący, o średnicy 5cm., obejmujący szczękę dolną i część wargi dolnej.

Rozpoznanie histopatologiczne: Carcinoma spinocellulare.

Dnia 25 kwietnia 1928 r. Operacja. W znieczuleniu przewodowem II i III gałęzi nerwu trójdzielnego usunięto nowotwór wraz z częścią górną lewej żuchwy. Następnie pokryto ubytek płatem skórnym wziętym ze szyji.

Przebieg pooperacvjny dobry.

Dnia 6 maja 1928 r. chory został wypisany z poleceniem zgłoszenia się do kliniki za dwa tygodnie:

Obserwacja 11

II Klinika Chirurgiczna U. J. P.
Historja choroby Nr. 227 Dz. 1 Rok akad. 1928|29.

CARCINOMA BUCCAE (CARCINOMA FACIEI).

Trepanatio mandibulae et operatio plastica.

Janina F. felczerka, w wieku lat 43, przyjęta do kliniki dnia 2-go listopada 1928 r.

Przed kilku tygodniami była operowana w ambulatorjum II Kliniki Chirurgicznej z powodu twardego guza wielkości wiśni na lewym policzku, na poziomie pierwszego trzonowca dolnego, który chora miała od 4 lat i który stopniowo powiększał się mimo leczenia konserwatywnego.

Rozpoznanie histopatologiczne: Carcinoma spinocellulare.

W miejscu operowanem wytworzyła się blizna wielkości 5-ciogroszówki, zrośnięta z kością szczęki dolnej, co utrudniało chorej otwieranie ust.

Gruczoły podszczękowe prawie niemacalne. Przed 14 laty chora była operowana z powodu włókniaków macicy.

Dnia 10-go listopada 1928 przystąpiono do operacji: W znieczuleniu miejscowem nowocainą wyłuszczono gruczoły limfatyczne po stronie lewej, następnie wycięto bliznę i zdłutowano część żuchwy. Ubytek powstały po usunięciu blizny zakryto za pomocą plastyki. (Z chwilą rozpoczęcia dłutowania kości zastosowano uśpienie eterowe.)

Badanie histopatologiczne usuniętych gruczołów nie wykazało obecności komórek rakowych.

Po kilkunastu opatrunkach chorą wypisano w stanie dobrym.

Obserwacja 12

II Klinika Chirurgiczna U. J. P.
Historja choroby Nr. 582 oraz Nr. 1303. Dział I. Rok akademicki 1929/1930.

Przypadek raka błony śluzowej policzka z nawrotem i operacją powtórną. Zajęcie szczęki dolnej.

CARCINOMA BUCCAE SINISTRAE.

Extirpatio tumoris et glandularum lymphaticarum et glandulae salivaris submandibularis.

P. St. rolnik, lat 51, zgłosił się do kliniki 8 lutego 1930 r. z powodu owrzodzenia na śluzówce policzka lewego, zauważonego przez chorego przed dwoma miesiącami. Owrzodzenie to rozwinęło się stopniowo z małego niebolesnego guziczka. Od tygodnia zauważył wystąpienie guzków pod żuchwą, co go ostatecznie skłoniło do zgłoszenia się do kliniki.

Miejscowo stwierdzono na śluzówce policzka lewego, na wysokości zębów trzonowych tylnych, owrzodzenie wielkości monety dwuzłotowej o brzegach wybujałych, twardych. Pod żuchwą po stronie lewej wyczuwalne są gruczoły chłonne, niebolesne przy obmacywaniu.

8-go lutego pobrano wycinek próbny. Rozpoznanie histopatologiczne: Carcinoma planocellulare.

14 lutego zabieg operacyjny: W znieczuleniu przewodowem wyłuszczono gruczoły oraz śliniankę pod-

szczękową z lewej strony, jakoteż gruczoł leżący na rozwidleniu żyły szyjnej wewnętrznej. Następnie wycięto z policzka nowotwór przez całą grubość policzka. Cięcie prowadzono w obrębie tkanki zdrowej. Ranę zamknięto od strony śluzówki szwami katgutowemi, od strony skóry jedwabnemi z pozostawieniem sączka z gazy jodoformowej.

Powtórne badanie wyciętego nowotworu wykazało: Carcinoma planocellulare.

21 lutego usunięto tampon oraz szwy jedwabne.

24 lutego 1930 r. chory wypisał się, przyczem otrzymał polecenie poddania się dodatkowo radjoterapji.

Po upływie pół roku chory zgłosił się ponownie do kliniki (8 sierpnia) z powodu recydywy. Okazało się, że z radjoterapji nie korzystał. Stwierdzono guz policzka lewego (w miejscu dawniej operowanem) oraz szczęki dolnej, jakoteż powiększenie gruczołów podszczękowych.

12 sierpnia 1930 r. przystąpiono do operacji w narkozie eterowej. Usunięto gruczoły, usunięto guz policzka a resekcji szczęki dolnej nie dokonano, ponieważ w trakcie operacji przekonano się, że guz sięga do gardła i jest właściwie inoperabile. Ranę zamknięto.

Badanie histopatologiczne: rak płaskokomórkowy ze zrogowaceniami.

28 sierpnia 1930 r. chory został wypisany i skierowany do Instytutu Przeciwrakowego celem leczenia energją promienistą.

Obserwacja 13

I. Klinika Chirurgiczna UJP
Historja choroby Nr. 26, Dział I. rok akademicki 1930|1931

Przypadek nawrotu raka błony śluzowej policzka z przejściem na skórę i wargę. Zabieg wykonany w dwóch etapach.

CARCINOMA SPINOCELLULARE BUCCAE DEXTRAE RECIDIVANS ET CA. LABII INFERIORIS

Extirpatio lymphoglandularum. Excisio ulceris. Operatio plastica.

R. Mikołaj, robotnik lat 57, zgłosił się do kliniki 7.X 1930 r z powodu guzowatości na prawym policzku tuż przy kącie wargowym. Był już raz operowany przed dziewięciu miesiącami w mieście prowincjonalnem na owrzodzenie błony śluzowej kąta prawego ust, które zauważył przed rokiem.

Badaniem miejscowem stwierdzono: twarde, guzowate owrzodzenie, zajmujące część prawego policzka tuż przy kącie ust oraz częściowo wargę dolną. Zajęte

nowotworem śluzówka i skóra. Wzdłuż szczęki dolnej blizna pooperacyjna. Gruczoły podszczękowe macalne. Uzębienie—liche.

Pobrano wycinek do badania histopatologicznego i po ustaleniu rozpoznania: *carcinoma spinocellulare* ze zrogowaceniami, postanowiono załatwić recydywę operacyjnie, w dwóch etapach.

25 października 1930: Zabieg: W znieczuleniu miejscowem usunięto gruczoły szyjne, prawą ślinianke podszczękową oraz podwiązano arteria maxillaris externa i vena facialis communis. Do rany operacyjnej założono sączek.

Po operacji chory gorączkował, w okolicy operowanej wytworzyły się zacieki ropne, które nacięto 11 listopada w uśpieniu chloretylowem.

28 listopada II operacja: Po znieczuleniu II i III gałęzi nervi trigemini wycięto dokładnie tkankę nowotworową, poczem wykonano plastykę płatem skóry, wziętym z dalszej okolicy policzka prawego i obróconym o kąt 90^0.

Po operacji wystąpiły objawy porażenia nerwu twarzowego, w postaci wygładzenia fałdów policzka prawego i obniżenia kąta ust, oraz wywinięcie prawej powieki dolnej.

2 stycznia 1931 chory opuścił oddział.

Obserwacja 14

II Klinika Chirurgiczna UJP
Historja choroby Nr. 45 Dz. I Rok akad. 1930|1931

CARCINOMA BUCCAE.

Extirpatio tumoris.

Chora Ch. M., lat 66, przyjęta do kliniki dnia 13-go pazdziernika 1930 z powodu twardego owrzodzenia lewego policzka wielkości 2 groszy, znajdującego się w odległości 4 cm poniżej dolnej powieki i 2 cm od skrzydła nosa.

Choroba rozpoczęła się przed kilkoma laty małą krostką, która od 2 miesięcy zaczęła szybko się powiększać. Gruczoły podszczękowe niemacalne.

Badanie histopatologiczne wycinka stwierdziło: Carcinoma spinocellulare.

Zabieg operacyjny dnia 17-go paźdz. 1930. W znieczuleniu miejscowem usunięto guzkowate owrzodzenie.

Rana pooperacyjna zabliźniła się dobrze i chora wypisała się w stanie dobrym.

Ciekawa jest anamneza rodzinna tej chorej: matka i siostra zmarły na raka piersi, ojciec zmarł z powodu owrzodzenia w gardle, a brat na gruźlicę płuc.

Obserwacja 15

II Klinika Chirurgiczna UJP
Historja choroby Nr. 1468 Dz. I Rok akad. 1929/30

CARCINOMA SPINOCELLULARE MALAE.

Excisio tumoris.

Chora K. Franciszka, lat 52, zapisała się do kliniki 26.IX.30 z powodu owrzodzenia na policzku prawym, które w ciągu 3 miesięcy rozwinęło się z małego guzka, i które chora leczyła różnemi maściami.

Miejscowo stwierdzono na policzku prawym, w części dolnej, owrzodzenie nieregularne, wielkości złotówki, spoistości twardej, o dnie nierównem i brzegach wyniosłych,—drążące dość głęboko. Gruczoły podszczękowe niemacalne. W uzębieniu duże braki.

Zabieg: Wycięto rozległe owrzodzenie i zaszyto ranę.

Rozpoznanie histopatologiczne: Carcinoma spinocellulare.

5-go listopada 1930 zdjęto szwy, i chora wypisała się z poleceniem pozostawania pod obserwacją lekarską.

Obserwacja 16

Instytut Radowy
Historja choroby Nr. P/716—33

Przypadek jednoczesnego występowania dwóch raków histologicznie różnych.

CARCINOMA MALAE SINISTRAE (REG. INFRAORBITALIS) ET CA. NASI.

Operatio. Rad 19.VIII 1933—22.VIII 1933.

16.VIII 1933. Chora W. K., lat 60, mieszczanka, podaje, że przed 9 miesiącami wytworzył się na lewym policzku z małej krosty guzek, który ciągle rośnie, a przed 6 miesiącami pojawiło się na nosie kilka krostek.

Miejscowo stwierdzono na policzku lewym guz wielkości kasztana o powierzchni owrzodziałej, o szerokiej, ruchomej podstawie.

Na dolnym odcinku nosa stwardnienie o średnicy 1,5 cm, pokryte strupkami, po zdarciu których widoczne jest płytkie owrzodzenie, łatwo krwawiące.

Gruczoły podszczękowe i szyjne wyczuwalne po obu stronach w postaci ruchomych pakietów.

Badanie histopatologiczne wycinka z policzka wykazało Carcinoma spinocellulare, z nosa — Carcinoma basocellulare.

Zabieg operacyjny: W znieczuleniu miejscowem usunięto nożem guz policzka u podstawy. Krwawiące naczynia podwiązano:

Owrzodzenie na nosie potraktowano energją promienistą w postaci radu.

Badanie kontrolne po 3 miesiącach wykazało zupełne wygojenie obu raków.

Obserwacja 17

Ambulatorjum II Kliniki Chirurgicznej UJP Nr. 4155, 1935 r.

CARCINOMA MALAE SINITRAE.

Excisio tumoris.

Dnia 12 listopada 1935 r. zgłosił się do ambulatorjum II Kl. Chir. F. Abram. Przed 5-ciu laty zauważył małą krostkę na lewym policzku, a gdy ją zdrapał wytworzył się strupek. Z biegiem czasu powstało kilka strupków, które pokryły nieduże owrzodzenie. Przed dwoma laty i dwoma miesiącami poddał się operacji w ambulatorjum II Kl. Chir. Rozpoznanie histopatologiczne brzmiało: Carcinoma basocellulare Krompecheri. Przed dwoma miesiącami chory spostrzegł nawrót i zgłosił się poraz wtóry na wycięcie owrzodzenia.

Stwierdzono owrzodzenie powierzchowne wielkości grosza, pokryte strupkami, w odległości dwóch cm od nosa. Gruczoły niemacalne.

W znieczuleniu miejscowem usunięto owrzodzenie. Brzegi rany zaszyto.

Rozpoznanie histopatologiczne Ca. basocellulare.

Rana zagoiła się bardzo dobrze per primam.

GRUPA III (Leczenie energją promienistą)

Obserwacja 18

II. Klinika Chirurgiczna U J P.

Historja choroby N. 367. Dział Ia. Rok akademicki 1923/1924.

Przypadek raka skórnego policzka po uprzedniem wyleczeniu.

CARCINOMA FACIEI — ULCUS RODENS.

Roentgenotherapia.

M. Andrzej, mularz lat 51, zgłosił się do kliniki 26 stycznia 1924 z powodu owrzodzeniu na lewym policzku.

Choroba rozpoczęła się przed czternastu laty małą wrzodziejącą ranką, która po dwóch latach została

wycięta, lecz kilka lat po zabiegu znów się ukazała, rosnąc wolno. Od pół roku owrzodzenie zaczęło szybciej się rozszerzać.

Stan obecny: Górna połowa lewego policzka zajęta przez płaskie owrzodzenie o twardych, wygórowanych brzegach i brudnem pokrytem strupami dnie. Owrzodzenie przechodzi nieco na nos i dolną powiekę.

Badanie histopatologiczne wycinka wykazało Carcinoma basocellulare Krompecheri.

Leczenie: Naświetlanie promieniami Roentgena.

17 lutego 1924 chory wypisany z zaleceniem zgłoszenia się do kontroli.

Obserwacja 19

II. Klinika Chirurgiczna U J P.
Historja choroby Nr. 713. Dz. Ia. Rok akademicki 1926|27

CARCINOMA FACIEI.

Roentgenotherapia.

Dnia 23-go marca 1927 przyjęto do kliniki robotnika Jana G., lat 77.

Przed 6 miesiącami chory zwrócił uwagę, że na lewym policzku w okolicy kości jarzmowej powstał twardy guzek, niebolcsny, wielkości ziarnka grochu. Mimo stosowania jodyny i kompresów guzek, stale rósł i zaczął się rozpadać.

Miejscowo stwierdzono guzowatą wyniosłość twardą, wielkości małej mandarynki z owrzodzeniem w środku, drążącem wgłąb.

Badanie histopatologiczne wycinka próbnego wykazało Carcinoma spinocellulare.

Leczenie: Trzykrotne naświetlanie promieniami Roentgena w odstępach trzechdniowych. Nowotwór powiększył się wskutek reakcji, przyczem chory lekko gorączkował.

Dnia 26-go kwietnia 1927 chory został wypisany z zaleceniem zgłoszenia się ponownego po 6 tygodniach do naświetlania.

Obserwacja 20

Instytut Radowy.
Historja choroby Nr. P|L077-33.

CARCINOMA BUCCAE INTERNAE DEXTRAE ET ANGULI ORIS.

Rad — 16-20.XII.1933.

15.XII 1933. H. Andrzej, robotnik rolny, lat 54, po-

daje, że przed rokiem pojawiło się małe owrzodzenie na śluzówce prawego policzka tuż przy kącie ust, powoli się powiększające.

Stan obecny: Śluzówka prawego policzka pokryta leukoplakiami; jej część przy kącie ust pokryta stwardniałem owrzodzeniem, szerokości 2 cm. Stwardnienie obejmuje całą grubość policzka w tem miejscu, tak że na skórze wyczuwa się guzek wielkości fasoli.

Gruczoły pod obiema żuchwami nieznacznie powiększone, jednakowe. Rozpoznanie histopatologiczne wycinka próbnego:

Probabiliter carcinoma spinocellulare parakeratodes.

16.XII 1933 rozpoczęto leczenie radem w dużej dawce, działającej z przerwami: przykładano do chorego miejsca w ciągu 5 dni, przez około 5 godzin dziennie, aparat o powierzchni wachlarzowatej 30,6 cm. kw., ze stensu i wosku grubości 1,2 cm, wypełniony 20 ładunkami radu po 50 mch, czyli 1000 mch. (filtr Pt. 1)

Całkowita dawka działająca 24,5 mcd.

Reakcja poradowa była b. silna i trwała 8 tygodni.

Badanie kontrolne, przeprowadzone dnia 20 marca 1934, stwierdziło w miejscu dawnego owrzodzenia bliznę dość twardą, pokrytą całkowicie różowym, świeżym nabłonkiem.

Zalecono natychmiastowe zgłoszenia się wrazie nawrotu.

Obserwacja 21

Instytut Radowy
Historja choroby Nr. P 809-34

CARCINOMA CUTIS FACIEI.

Rad—14—18.VIII.1934.

14.VIII.1934 r. Z. Józef. piekarz, lat 54, zgłosił się do instytutu z powodu owrzodzenia na policzku lewym, które przed 2 laty było naświetlane promieniami Roentgena (7 naświetlań, co 2 tygodnie jedno). Badanie przedmiotowe: Na policzku lewym owrzodzenie płaskie o wymiarach około 2 x 1,5 cm., o brzegach wyniosłych, dość twardych, i dnie pokrytem strupem.

Rozpoznanie histopatologiczne: Carcinoma basocellulare.

Zastosowano leczenie energją promienistą w postaci aparatu woskowego, wypełnionego radem w ilości 600 mch, który przykładano do policzka w ciągu 5 dni przez 7 godz. 45 min. dziennie.

Dawka całkowita 23,280 mcd.

Po 8 tygodniach owrzodzenie uległo zabliźnieniu.

6.XI.34 r. stwierdzono przy badaniu kontrolnem dużo wągrów wokoło blizny oraz małą brodawkę o średnicy 0,5 cm. Wągry usunięto.

Brodawkę pozostawiono aż do wyjaśnienia.

Obserwacja 22

Instytut Radowy.
Historja choroby Nr. P 1041-34.
Przypadek o 3 nawrotach.

CARCINOMA BUCCAE SINISTRAE.

Recidiva post roentgentherapiam.
Recidiva in situ post curietherapiam.
Rad — 15.X. — 19.X.1934. Rad — 9.IV. — 15.IV.1935.

15.X.1934 J. K. rolnik, lat 43, zgłosił się z powodu niegojącego się owrzodzenia na policzku lewym, które pojawiło się poraz pierwszy 5 lat temu. Przed 4 laty był naświetlany Roentgenem. Przed 3 laty—nawrót, powtórne naświetlanie Rtg. oraz przyżeganie, poczem nastąpiło wygojenie. W ostatnim roku — drugi nawrót.

Miejscowo stwierdza się na policzku lewym w górnej części fałdu nosowo-policzkowego owrzodzenie nieruchome w stosunku do podłoża, o brzegach twardych, wyniosłych i dnie pokrytem wydzieliną ropną, drążącem 0,5 cm. wgłąb.

Rozpoczęto leczenie radem: w ciągu 5 dni, przez 7 godz. 45 min. dziennie, przykładano do owrzodziałego miejsca aparat woskowy, grubości 1,5 cm., zawierający 950 mch. Dawka całkowita 36,931 mcd. Reakcja poradowa w postaci zaczerwienienia, obrzęku i ropienia trwała długo.

W kwietniu 1935 r. chory wrócił do zakładu z nawrotem (3-i od początku schorzenia). Badanie histopatologiczne wykazało: Carcinoma basocellulare.

9.IV.1935 r. rozpoczęto powtórne leczenie radem: aparat ze stensu i wosku grubości 1 cm., zawierający 250 mch, aplikowano przez 7 dni, po około 10 godzin dziennie. Dawka całkowita 17,850 mcd.

Obserwacja 23

Instytut Radowy.
Historja choroby Nr. P 619-35.

CARCINOMA REGIONIS ANGULI ORIS LAT. SIN.

Rad — 22.VI.-26.VI. 1935.

B. Stanisław, rolnik, lat 64, zgłosił się do insty-

tutu 22.VI.1935 r. z powodu owrzodzenia skóry przy lewym kącie ust, które ma od 2 lat.

Badanie przedmiotowe: Przy lewym kącie ust owrzodzenie o wymiarach 2 x 2,5 cm. o brzegach twardych, czerwonych, wyniosłych.

Badanie histopatologiczne wycinka próbnego wykazało: Ca. intermedio — in spinocellulare vertens.

Zastosowano leczenie radem: w ciągu 5 dni, przez około 8 godzin dziennie, przymocowywano do skóry lewego policzka w okolicy kąta ust aparat ze stensu i wosku, o wymiarach 4x3, 5x1 cm, zawierający 14 igieł radowych aa 50 mch. (filtr platynowy o grubości 1 mm). Dawka całkowita, po obliczeniu ilości godzin działania radu, wyniosła 29,399 mcd.

Reakcja po działaniu energji promienistej w postaci zaczerwienienia, obrzmienia i wycieku ropnego była dość silna i trwała do 6 tygodni.

9.IX.1935 r. Przy badaniu kontrolnem stwierdzono całkowite wygojenie owrzodzenia w postaci stwardniałej blizny.

GRUPA IV (Leczenie kombinowane)

Obserwacja 24

II Klinika Chirurgiczna U. J. P.
Historja choroby Nr. 320 Dział Ia. Rok akademicki 1926/27.

Przypadek raka skórnego policzka, wychodzącego z wilka twarzy.

CARCINOMA FACIEI IN LUPO

Extirpatio tumoris et operatio plastica. Radiotherapia.

Dnia 4 grudnia 1926 r. przybył do kliniki N. Jan, rolnik lat 33, z powodu owrzodzenia lewego policzka w okolicy kąta ust.

Przed piętnastu laty zachorował na wilka twarzy, który się zaczął na policzku prawym i przeszedł na lewy. Przez długi czas był leczony promieniami Roentgena. Niedawno chory spostrzegł na lewym policzku wygórowanie wielkości fasoli. Guzek ten szybko rósł poczem zaczął rozpadać się, zataczając coraz szerszy krąg.

Miejscowo stwierdzono na lewym policzku, przy fałdzie nosowo-wargowym, twarde owrzodzenie wielkości dwuzłotówki o wybujałych, nacieczonych brzegach. Gruczoły limfatyczne niemacalne.

Dnia 10 grudnia 1926 r. — operacja: W uśpieniu eterowem usunięto nowotwór cięciem okrężnem, zabiera-

jąc leżącą pod nim część zdrowych tkanek wraz z częścią górnej wargi; następnie odpreparowano z dalszej części policzka płat zdrowej skóry z szypułą na wysokości zewnętrznego otworu usznego i przemieszczono go na miejsce usuniętego guza.

Badanie histopatologiczne usuniętego guza wykazało: Cancroid in lupo.

W dalszym przebiegu pooperacyjnym rana zabliźniła się lecz w bliźnie wytworzył się guzek wielkości orzecha laskowego.

Guzek nacięto i założono rad, który po sześciu dniach usunięto. Guzek rozpadł się, przyczem powstała reakcja poradowa w postaci zaczerwienienia i obrzęku.

Dnia 14 lutego 1927 r. chory wypisał się w stanie dobrym.

Obserwacja 25

II. Klinika Chirurgiczna U J P.
Historja choroby Nr. 794. Dział I. Rok akademicki 1928/29.

CARCINOMA BUCCAE.

Excisio ulceris.

Chory S. L., rolnik, lat 70, przyjęty do kliniki dnia 9-go kwietnia 1929 r. z powodu owrzodzenia na prawym policzku, blisko kąta żuchwy, wielkości 2-złotówki, pokrytego częściowo strupem, częściowo sączącego, o brzegach wałowatych, twardych.

Przed 5 laty zauważył na prawym policzku krostę wielkości grochu, z której wyciekał płyn ropiasty, i która mimo leczenia nie goiła się. Przed 2 laty zauważył pod szczęką dolną ze strony prawej guzek wielkości orzeka laskowego, twardy, niebolesny, i poddał się na wsi zabiegowi nacięcia guzka. Ranka po nacięciu długo nie goiła się i stale ropiała.

Gruczoły szyjne wyczuwalne, stwardniałe, ogólny stan odżywienia niedostateczny.

Badanie histopatologiczne wykazało: Carcinoma planocellulare.

Operacja odbyła się dnia 12-go kwietnia 1929 r. W znieczuleniu miejscowem dokonano całkowitego wycięcia owrzodzenia. Nałożono rzadkie szwy jedwabne.

Dnia 25-go kwietnia chory został przeniesiony do szpitala Św. Łazarza na oddział dla rakowatych, celem dalszego leczenia promieniami Roentgena.

Obserwacja 26
II Klinika Chirurgiczna UJP
Historja choroby Nr. 46 Dz. I Rok akad. 1930|31

Przypadek raka skórnego policzka z przejściem na skórę nosa.
CARCINOMA FACIEI ET NASI.
Extirpatio tumoris et operatio plastica. Roentgenotherapia.

Dnia 13 października 1930 przybyła do kliniki Z. Rozalja, wyrobnica, lat 54, z powodu niegojącego się owrzodzenia na twarzy, które rozpoczęło się przed pół roku na prawym policzku, blisko skrzydła nosa.

Stan obecny: Górna część prawego policzka i prawa strona nosa zajęte przez wrzodziejącą, twardą masę. Gruczoły podszczękowe prawie niemacalne.

Operacja dnia 20 października 1930: W znieczuleniu miejscowem $^1/_2$% novocainą wycięto w granicach zdrowych tkanek całą wrzodziejącą powierzchnię. Ubytek na policzku pokryto płatem skórnym odpreparowanym z dalszej okolicy policzka, ubytek na nosie płatem wziętym z czoła.

Rozpoznanie histopatologiczne wyciętego guza: Carcinoma spinocellulare.

Po miesiącu, gdy rany zabliźniły się, rozpoczęto dodatkowe leczenie promieniami Roentgena. Chora otrzymała 5 naświetlań w odstępach 5-dniowych.

Dnia 16-go grudnia 1930 r, chora została wypisana w stanie dobrym, z zabliźnioną raną, pokrytą świeżym nabłonkiem, otrzymawszy polecenie zgłaszania się do kontroli.

Obserwacja 27
Instytut Radowy.
Historja choroby Nr. P|485-S|149.

TUMOR PARIETIS INTERNAE BUCCAE SINISTRAE.
Recidiva post curietherapiam.
Rad 5.VII.-10.VII.1932. Koagulacja 12.VII.32. Rtg. 28.XII.32-12.I.33.

Chory, F. Franciszek, rolnik l. 68, zgłosił się do zakładu poraz pierwszy 4.VII 1932 z powodu owrzodzenia na wewnętrznej powierzchni lewego policzka, które powstało przed 9 miesiącami naprzeciw ostatniego lewego górnego zęba trzonowego, który raził śluzówkę. Ząb ten usunięto przed 3 miesiącami, na owrzodzenie stosowano lapis, poczem stało się bolesne i wystąpiło kłucie promieniujące do lewego ucha. Badaniem miejscowem stwierdzono w śluzówce lewego policzka guz wyniosły, owrzodzały, twardy, o średni-

cy około 4 cm, obejmujący ramię żuchwy i tylne odcinki załamków policzkowo-dziąsłowych. Twardy naciek wyczuwa się dobrze przez skórę policzka, która nie jest z guzem zrośnięta.

Gruczoły wyczuwalne pod obiema żuchwami (pod lewą więcej).

Badanie histopatologiczne wykazało tylko sprawę zapalną (z powodu zbyt drobnego, powierzchownego wycinka).

5.VII. W znieczuleniu allocainą założono intratumoralnie od strony zewnętrznej (pod kontrolą Rtg.) 3 igły radowe aa 10 mch i 4 igły aa 15 mch. (Filtr Pt. 1 mm). Po 5 dniach igły usunięto. Dawka całkowita 10,80 mcd.

12.VII. W znieczuleniu miejscowem dokonano koagulacji nowotworu, zwłaszcza jego części przechodzących na dziąsła i ramię żuchwy.

Po kilku dniach chory wypisał się i zgłaszał się później kilka razy do badań kontrolnych. 4-krotnie miał krwawienia z owrzodzenia skoagulowanego. Potem owrzodzenie uległo zabliźnieniu. Chory jednak miał bóle promieniujące do ucha i w 5 miesięcy po pierwszym pobycie w zakładzie wydzieliły się sekwestry z lewej żuchwy. Jednocześnie powstał nawrót guza i chory został powtórnie przyjęty do instytutu.

28.XII 32 Stwierdzono obecność owrzodzenia na śluzówce policzka lewego, przechodzącego na wyrostek zębodołowy dolny oraz ramię żuchwy, wybitne ograniczenie ruchomości żuchwy oraz widoczne i wyczuwalne od zewnątrz stwardnienie guzowate całego policzka, nieruchome wobec szczęki dolnej. Zastosowano naświetlania Rtg.: codziennie przez około pół godziny w ciągu 13 dni. Całkowita dawka działająca 3900 r. 14.I.33 chory opuścił zakład ze znacznem polepszeniem.

Obserwacja 28

Instytut Radowy.
Historja choroby Nr. P|273-S|103-33

CARCINOMA BUCCAE SINISTRAE ET GINGIVARUM MANDIBULAE.

Coagulatio tumoris. Rtg. 27.V.-20.VI.1933.

25.III.1933 r. zgłasza się do instytutu Marjanna L., rolniczka lat 43, z powodu owrzodzenia na wewnętrznej powierzchni lewego policzka, które zaczęło się popobno przed 9 miesiącami.

Stan obecny: zupełny brak wszystkich zębów górnych oraz trzonowych dolnych. W dolno-tylnym odcinku śluzówki lewego policzka guzowate dość twarde owrzodzenie, wielkości monety 2-złotowej, przechodzące przez załamek policzkowo-dziąsłowy na zewnętrzną powierzchnię dziąsła. Otwieranie ust prawidłowe. Wyczuwalny gruczoł podszczękowy ze strony lewej, wielkości orzecha laskowego, ruchomy.

Rozpoznanie histopatologiczne: probabiliter carcinoma spinocellulare.

25.III.1933 r. W znieczuleniu miejscowem skoagulowano guz.

Po ustąpieniu obrzęku i znacznem oczyszczeniu się miejsca skoagulowanego chora opuściła zakład z poleceniem zgłoszenia się za 4 tygodnie. Wróciła jednak dopiero po 2 miesiącach od zabiegu 24.V.33 r. ze szczękościskiem, uniemożliwiającym badanie śluzówki jamy ustnej.

W okolicy podszczękowej lewej stwierdzono gruczoł wielkości orzecha włoskiego, twardy, mało ruchomy.

Rozpoczęto głęboką terapję Roentgenem na okolicę lewego kąta żuchwy. W ciągu 18 dni, przez blisko 9 godzin naświetlania dziennie, chora otrzymała dawkę działającą 5400 r. W czasie naświetlań wystąpił obrzęk policzka, zbronzowienie skóry, zmniejszenie szczękościsku, powiększenie i zmiękczenie (chełbotanie) gruczołu podszczękowego. Gruczoł ten nakłuto i wydobyto treść serowato-ropną, którą zbadano histopatologicznie. Rozpoznanie:

Proliferatio epithelii quoad Ca. suspecta.

Z jamy ustnej zaczęły się wydzielać nekrotyczne masy szaro-żółtawe.

Chora została wypisana i w ciągu następnych 2 lat przyjeżdżała kilkakrotnie do kontroli.

Przez ten cały czas szczękościsk utrzymywał się, raz z większem raz z mniejszem natężeniem; chora odżywiała się płynami przez szparę powstałą skutkiem braków w uzębieniu i miała bóle w szczęce dolnej, w której stwierdzono martwak kostny. Skóra lewego policzka uległa pępkowatemu wciągnięciu a ślinianka podszczękowa lewa powiększeniu. Gruczoł podszczękowy lewy był jeszcze 2-krotnie punktowany.

12.VI.35 r. Ostatnia wiadomość o chorej: miała krwotok z jamy ustnej.

Obserwacja 29
Instytut Radowy.
Historja choroby Nr. P|700-S|346-34.

CARCINOMA BUCCAE SINISTRAE.
Electrocoagulatio. Rad 16.VII.-21.VII.34.

13.VII.1934 r. Chora R. Franciszka, lat 55, wyrobnica, zgłasza się z powodu guza na wewnętrznej stronie policzka lewego.

Przed 3 miesiącami zauważyła na śluzówce policzka niewielką krostkę, która stale i szybko powiększała się, dając przemijające sensacje bólowe.

Badanie miejscowe: na wewnętrznej powierzchni policzka lewego widać guzowaty twór, wielkości monety 10-złotowej, o powierzchni nierównej, owrzodziałej, wystającej ponad resztę normalnej śluzówki o 1/2 cm. Spoistość guza twarda, dotykowo dość bolesny, dolna jego krawędź sięga dna przedsionka ust, nie przechodząc jednak na dziąsło. Gruczoły chłonne niemacalne.

Rozpoznanie histopatologiczne wycinka owrzodzenia: Carcinoma spinocellulare parakeratodes.

15.VII. Zabieg: W znieczuleniu przewodowem 3 gałęzi nerwu trójdzielnego skoagulowano dolną cześć nowotworu wraz z dziąsłem.

16.VII. W znieczuleniu miejscowem novocainą 1% wbito w wewnętrzną powierzchnię lewego policzka 6 igieł radowych aa 10mch, a dnia następnego dodano 2 igły aa 15mch, czyli łącznie 90mch. Filtr Pt 0,5 mm.

21.VII. Igły usunięto.

Dawka całkowita po obliczeniu ilości godzin działania radu wynosi 10,035 mcd.

W dalszym przebiegu wystąpiła reakcja w postaci obrzęku policzka.

Powierzchnia owrzodzenia uległa znacznemu wygładzeniu i zmniejszeniu, wydzielając nieco ropy.

Obserwacja 30.
Instytut Radowy.
Historja choroby Nr. P|706-S|348-34.

CARCINOMA BUCCAE SINISTRAE.
Coagulatio plasmatis. Rad 18|7-23|7-34.

14.7.34 r. Chora N. B. rolniczka lat 66, zgłosiła się z powodu guza policzka lewego.

Przed 10 laty na wewnętrznej stronie policzka lewego chora zauważyła mały guzek niebolesny, który dopiero przed rokiem zaczął się powiększać, i uległ owrzodzeniu; przed pół rokiem zaś rozpoczęły się bóle. Guzek ten doszedł po paru miesiącach do dziąseł szczęki górnej i dolnej.

Stan obecny: Obrzęk w okolicy policzka lewego, sięgający prawie do lewej powieki dolnej. Skóra na policzku lewym niezmieniona.

Jama ustna wykazuje liczne ubytki w zakresie zębów. Na wewnętrznej powierzchni policzka lewego znajduje się guz o powierzchni nierównej, owrzodziałej, pokrytej szarym nalotem, wystającej ponad śluzówkę na wysokość około 1/2 cm. Krawędź górna guza przechodzi na wyrostek zębodołowy szczęki górnej w okolicy zębów trzonowych, krawędź dolna — na wyrostek zębodołowy żuchwy. W trójkącie podżuchwowym lewym wyczuwa się ruchomy, niebolesny gruczoł limfatyczny, wielkości fasoli.

Tarczyca — powiększona.

Badanie histopatologiczne wycinka z wewnętrznej powierzchni policzka wykazało: Carcinoma epidermoidale.

15.7. Operacja: W znieczuleniu przewodowem 2 i 3 gałęzi nerwu trójdzielnego skoagulowano części guza wypełniające załamki policzkowo-dziąsłowe oraz wyrostki zębodołowe.

Po operacji wystąpił dość znaczny obrzęk policzka (kompres).

18.7. W znieczuleniu nasiękowem 1% novocainą wbito igły radowe w lewy policzek:

3 igły aa 10 mch t. j. 30 mch
4 igły aa 15 mch t. j. 60 mch

Łącznie 90 mch. Filtr Pt 0,5

Dawka całkowita 10,424 mcd.

21.7. Usunięto jedną z igieł radowych, leżącą wolno w jamie ustnej.

23.7. Usunięto 6 igieł radowych. Śluzówka pokryta szaro żółtym nalotem.

29.7.34 r. Chora opuszcza zakład z obrzmiałym policzkiem.

Obserwacja 31

Instytut Radowy
Historja choroby Nr. P/1298/34.

CARCINOMA CUTIS FACIEI. Cornu cutaneum reg. praeauricularis sin

Electroexcisio. Rad 7.I — 12.I.1935.

3.I.1935 Chora M. Michalina, lat 69, przyjęta z powodu powiększającej się brodawki, na lewym policzku, którą chora tolerowała przez 25 lat.

Badanie miejscowe: Na lewym fałdzie policzkowo-nosowym w części górnej guzek wyniosły, o średnicy $2^1/_2$, nieowrzodziały niebolesny, ruchomy i dość miękki. Pozatem, przed uchem lewem plama ciemno-brunatna 2 x 3 cm. z brodowkowatą naroślą przy dolnym brzegu. Badanie histopatologiczne wycinka z guzka na policzku wykazało carcinoma basocellulare, z narośli przed uchem cornu cutaneum.

5.I Zabieg operacyjny: W znieczuleniu nasiękowem 1% novocainą usunięto całkowicie róg skórny przy pomocy noża diatermicznego oraz guzek nowotworowy przy pomocy pętli. Założono 2 podwiązki katgutowe na 2 krwawiące naczynia.

Po 3 dniach rozpoczęto dodatkowe leczenie radem: przykładano w ciągu 5 dni przez 6-7 godzin dziennie aparaty woskowe z radem do miejsc operowanych.

Reakcja, jak zwykle: obrzęk i obfity wyciek ropny.

Po 2 miesiącach miejsca operowane i naświetlane uległy całkowitemu zagojeniu i pokryły się świeżym i zdrowym nabłonkiem.

24.IX.1935 chora zgłosiła się do kontroli: w miejscach dawnego raku i rogu skóra ścieńciała, miękka, gładka, różawa.

WYNIKI.

Wyniki leczenia wyżej opisanych raków policzka można zestawić w sposób następujący:

Przypadków . . .	31
Operacyj	19
Elektrokoagulacje . .	4
Zgony po operacji . .	4
Osteoradionekrozy . .	2
Przybyło z powodu nawrotu .	14
Nawrotów po leczeniu .	8
Dotychczas bez nawrotu .	1 (leczony przed 11 miesiącami metodą kombinowaną):

O dalszym przebiegu reszty przypadków brak wiadomości.

Ilość zgonów wynosi 21% przypadków operowanych. (*Fischel* określa śmiertelność pooperacyjną na 20-25%). Śmierć następuje zwykle wskutek powikłania pooperacyjnego: jeden przypadek zakończył się zejściem śmiertelnem 11 dni po operacji z powodu gruźliczego zapalenia płuc, jeden — miesiąc po operacji z powodu odoskrzelowego zapalenia płuc, jeden — $1^1/_2$ miesięcy po operacji z powodu niedomogi serca i jeden — 2 miesiące po operacji z powodu komplikacji oponowo-mózgowej.

Z pośród nawrotów miały miejsce: 3 — od miesiąca do roku po operacji, 3 — od 3 miesięcy do 6 miesięcy i 2 — od roku do 2 lat po leczeniu energją promienistą.

* *
*

Powyższa tabela, wykazująca poważny procent śmiertelności pooperacyjnej i nawrotów raka błony ślu-

zowej policzka i raka skóry, który błonę śluzową zaatakował, ilustruje, jak ciężkiem schorzeniem jest rak policzka, szczególnie rak błony śluzowej, i jak niezadawalające są wyniki leczenia.

Dużą winę ponoszą chorzy, którzy późno zgłaszają się do leczenia i niezawsze stosują się do zleceń lekarza.

Może w przyszłości, kiedy społeczeństwo, dzięki staraniom lekarzy, będzie bardziej uświadomione, a leczenie energją promienistą dojdzie do perfekcji, będziemy w stanie uzyskać trwałe wyleczenie we wszystkich przypadkach raka policzka.

Warszawa, w listopadzie 1935 r.

PIŚMIENNICTWO.

Apffelstaedt. Über die Behandlung des Mundkrebses mit Radium. Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde. 1927 T. 45 S. 865-874.

Arzt L.—Fuhs H. Zur Radiumtherapie des Haut-und-Lippenkrebses mit besonderer Berücksichtigung der Dauererfolge. Wiener Klinische Wochenschrift. 1933. T. I. S. 706-708.

Asti, Mario Luigi. Die sekundären Affektionen des Unterkiefers bei Mundcarcinom im Röntgenbilde. Z włoskiego w Zentralblatt für die gesamte Radiologie. 1933.XIV Band S. 39.

Berard & Dunet. Epithélioma de la région zygomatique traité par le radium; nécrose osseuse tardive; résection, guérison. Lyon Médical. 1926 LXXXVII. S. 520-522.

Bernard R. Le décollement des téguments de la face; voie d'abord dans les grands opérations d'exérèse sur la bouche et l'oro-pharynx. La Presse Médicale. 1933. T. 41. S. 748-751.

Berven E. Die Behandlung des Buccalcarcinom. Acta oto-rhino-laryng. T. VII. 1925. S. 526.

Borak J. Röntgenbehandlung bei Karzinomen der Mundhöhle und oberen Luftwege. Wiener Klinische Wochenschrift. 1933. T. 46. S. 1334-1335.

Brandis, Von. Mundwinkelplastik. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1933. N. 241. S. 479-482.

Caflisch, Asta. Über Heilung in der Mundhöhle mittels Electrocoagulatio. Würrburg Diss. 1933.

Clairmont P. und Schürch O. Zur Behandlung des Zungen — und — Wangenkarzinoms. Deutsche Zeitschrift für Chtrurgie. 1930. T. 227 S. 115-125.

Clark, Villiam L. Behandlung maligner Tumoren der Mundhöhle. Z angielskiego w Zentralblatt für die gesamte Radiologie. 1933. T. XV. S. 221.

Darier J. Les cancers de la face et de la bouche. Comment ils commencent. Comment s'en préserver. Monde Médical. 1930 T. 40 S. 65-73.

Delrez L. et Desaive P. Statistique des épithéliomas de la cavité buccale (langue, plancher de la bouche, voûte palatine et face interne des joues). Liége Médical. 1934. T 27. S. 721-736.

Du Bois, Chs. Curiétherapie à feu nu des cancers cutanès. Rev. Med. Suisse Rom. 1932 T. 52.

Duffy, James J. Konservatives Vorgehen bei der Behandlung der Halslymphdrüsen in Fällen von Mundhöhlenkrebs. Amer. J. Roentgenol. 1933 T. 29 S. 241-251. Z angielskiego w Zentralblatt für die gesamte Radiologie. 1933 S. 457.

Duperie M. Sur un cas d'épithélioma de la face muqueuse de la joue traité par exérèse et autoplastie cervicale. Société Anatomo-Clinique de Bordeaux, séance du 22. Fevr. 1932.

Fischel Ellis. Die chirurgische Behandlung von Metastasen in den Halslymphdrüsen beim Mundhöhlenkrebs. American J. Roentgenol. 1933 T. 29. Z angielskiego w Zentralblatt für die gesamte Radiologie. 1933 S. 389.

Garin C., Planchu M. et Masson. Noevocarcinome de la joue avec métastases cérébrales se traduisant par un tableau d'hèmorragie méninggée á allure paroxystique. Lyon Medical. 1932 T. 149. S. 803-808.

Gaston et Massot. Epithélioma métatypique de la région malaire droite consécutif à un traumatisme chez un syphilitique. Bulletin de la Sociétè Française de dermatologie et syphiligie. 1932 T. 39 S. 1256-1257.

Gernez L. et Mallet L. Traitement des cancers buccaux, linguaux, faciaux, par le bistours de haute fréquence et la curiethérapie de surface. La Gazette Médicale de France. 1932 S. 148 - 153.

Traitement par la diathermocoagulation et la curiethérapie de surface des éptihéliomas buccaux. Strasbourg Médical. 1929 T. 89 S. 275.

Gernez Mallet & Coliez: Epithélioma de la joue. Ablation par diathermo - coagulation et bistouri á haute frequence. Société Nationale de Chirurgie 19 marca 1930.

Gosset et Wallon E. De la curiethérapie dans le cancer des joues et des lèvres. Journal de Radiologie et d'Électrologie. 1933 T. 175 S. 305-315.

Gougerot et Burnier. Epithélioma de la joue consécutif a la projection d'une goutte de sulfure de carbone. Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie. 1929 T. 36. S. 1041.

Halberstaedter L. Zur Radiumbehandlung der Mundhöhlenkrebse. Zeitschrift für Krebsforschung. 1928 T. 27 S. 60-68.

Hermann. Beitrag zur Diagnose des Carcinoms in der Mundhöhle. Zeitschrift für Stomatologie. 1933 T. 31. S. 736-742.

Hünermann Th. Le traitement du cancer de la joue. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. CCIII - CCIV, Nr. 1 - 6. maj 1927 S. 332-337.

Juon M. Über ein pimäres metathypisches Epitheliom der Wange mit bläschenförmigen Bildungen. Archiv für Dermathologie und Syphilografie. T. 57 S. 97 - 104. 1929.

Kuttner H. Bericht über 266 Fälle von primären Karzinom der Mundschleimhaut. Münchener Medizinische Wochenschrift. 1922 N. 21. S. 771.

Lamarque P. et Betoulieres. Leucoplasie buccale ayant dégénéré en épithélioma succesivement dans trois régions différentes au cours de huit années. Archives de la Société des médicales et biologique de Montpellier 1933 T. 14 S. 337-340.

Łukaszczyk Fr. Organizacja i pierwsze dwa lata pracy Instytutu Radowego imienia Marji Skłodowskiej — Curie w Warszawie. Warszawa, 1934.

Mackee, George M. Die Behandlung der bösartigen Hautgeschwülste. American J. Roentgenol. 1932 N. 28. Z angielskiego w Zentralblatt für die gesamte Radiologie. 1933,

Margarot J., Lamarque P., et Guibert H. J. A propos de deux cas de noevocarcinome. Montpellier Médical 1933 T. 3 S. 108-122.

Michaux. Epithélioma de la joue. Traitement par le Radium. Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris. 1916. S. 2001.
Morestin. Le cancer de la joue. Congres internationale de Médicine. 1900 T. X.
Cancer de la joue; récidive. Ablation de la totalité de la joue, de la plus grande partie des deux lèvres, de la moitié du maxillaire inferieur et d'une partie de maxillaire supérieur et de ganglions du cou; opération réperatrice. Bulletins et Memoires de la Societe de Chirurgie de Paris. 1914. S. 43.
Cancer de la joue. Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris. 1913. S. 1186.
Cancer trés étendu de la joue. Extirpation avec hémirésection du maxillaire inférieur et résection partielle du maxillaire supérieur et évidement des ganglions. Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris. 1914. S. 1172-1174.
Nicolas J., Coste J., et Rousset J. Noevo-carcinome de la région temporale chez une malade antérieurement traitée pour une affection de même nature de la joue. Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie. 1929. T. 36. S. 342.
Oppert. Coexistence d'un epithélioma de la face interne de la joue et d'un lymphocytome de l'amygdale. Le Sud. Médical et Chir Nr. 2155, 15 maj 1934.
Pautrier L. M. Epithéliomatose multiple la face. Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie. (Réunion dermat). 1933. T. 40. S. 486-488.
Pautrier L. M. et Domański. Immense épithélioma spinocellulaire sur lupus tuberculeux, occupant la totalité de la joue. Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie 1932. T. 39. S. 1459 1462.
Pautrier L. M. & Levy. Vaste épithélioma ulcéreux et térèbrant de la face, histologiquement baso-cellulaire pur. Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syph. Paris. 1925. XXXII. Reunion de Strasbourg S. 35-38.
Perussia F. La radiothéraphie des cancers de la cavité buccale et du pharynx. Archives d'électricité médicale. 1934. T. 42. S. 188, 232.
Peycelon R. Le cancer de la joue. (Epithélioma de la muqueuse de la faca interne de la joue)· Archives Franco-Belgesde Chirurgie. 1932. T. 32. S. 344-416.
Polya E. Ersatz des queren Wangenschnittes durch eine kosmetische Schnittführung. Zentralblatt für Chirurgie. 1920. S. 640.
Radliński Z. Notatki z wykładów klinicznych z chirurgji.
Regaud C. Les épithéliomas de la cavieté buccale: leur traitement par le radium et les rayons X. Journal de Médicine et Chirurgie Pratiques. 1932. T. 103. S. 15-28.
Rochlitzer. Uber die Leukoplakie der Mundhöhle als präcanceröser Zustand. Leipzig. Diss. 1933.
Russon C. Le cançer de la joue. Lyon. Diss. 1932.
Roux-Berger J. L. et Tailhefer A. Le curage des ganglions du cou dans les cancers buccuaux-pharynges. La section systematique du ventre postérieur du digastrique et du stylo-hyoidien. La Presse Médicale. 1933. T. 41. S. 482-484.
Sarasin R. Les manifestations successives des épithéliomas des muqueuses de la cavité buccale: sont elles des récidives vraies ou résultentelles de nouvelles cancerisations? Radiophysiologie et Radiothérapie. 1933. T. 3. S. 33-76.
Cancers successifs de la cavité buccale. Paris Médical. 1934. T. 1. S. 252-255.

Schürch O. Uber Voraussetzungen einer erfolgreichen Therapie beim Mundhöhlenkarzinom. Betrachtungen an 202 Fällen von Mundhöhlenkarzinomen, die von 1919-1928 in Spitälern der Ostschweiz zur Behandlung kamen. Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 1930. T. 60. S. 96-101.

Schütz - Lothar. Kritische Betrachtung der Radiumheilungen der Mundhöhle. Bonn. Diss. 1933.

Stevart, Calvin B. Eie Versorgung der Halslymphdrüsen beim Mundhöhlenkrebs. Z angielskiego w Zentralblatt für die gesamte Radiologie. 1923 T. XV. S. 456.

Taussig, Laurence. Die Behandlung des Hautkrebses. Indikation der Radiumbehandlung. Z angielskiego w Zentalblatt für die gesamte Radiologie. 1933. T. XIV. S. 810.

Theodoresco. Quelques considerations sur les cancers de la joue. Spitalul Nr. 10. Oct. 1934.

Theodoresco D. et Hofer O. A propos des cancers de la joue; quelques remarques et quelques résultats. La Presse Médicale. 1934. T. 42. S. 2040-2043.

Tixier et Jalefier. Epithelioma de la joue. Lyon Médicale. 1912. S. 249. T. II.

Trueblood. Chirurgie der Gesichts-und-Lippencarcinomen. Z angielskiego. Zentralblatt für die gesamte Radiologie. 1933.

Ugarriza. Epithelioma baso-cellulaire térébrant. Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie (Réunion Dermat). 1933. T. 40. S. 149-151.

Vigne P. Epithélioma spino - cellulaire de la joue sur lupus ancien. Marseille Médical. 1930. T. 2. S. 369-371.

Weissblatt S. N. Zur Verhütung und Frühdiagnose der bösartigen Geschwülste der Mundhöhle. Zeitschrift für Stomatologie 1934. T. 32. S. 34-38.

Wirtz Fr. Erkennung und Behandlung des Hautkrebses. Zentralblatt für die gesamte Radiologie. 1933. XV. S. 22.

Wolf H. Ein Beitrag zur Wangen-und-Nasenflügelplastik. (Lippendrehung und Lippenhissung). Archiv für Klinische Chirurgie. 1930. T. 160. S. 105.-177.

Zuppinger A. Die malignen Tumoren der Mundhöhle. Ergebnisse der Medizinischen Strahlenforschung. 1933. T. 6. S. 561-626.

TREŚĆ.

WSTĘP 3
Rozdział I ETJOLOGJA 4
Czynniki drażniące w jamie ustnej . 5
Leucoplakia buccalis 5
Naevus pigmentosus 6
Keratosis senilis 7
Rozdział II ANATOMJA PATOLOGICZNA . 7
Podział kliniczny 7
Podział histologiczny 7
Carcinoma spinocellulare . . . 8
Carcinoma basocellulare . . . 8
Rozdział III OBJAWY I PRZEBIEG KLINICZNY 9
RAK BŁONY ŚLUZOWEJ POLICZKA . 9
Częstość występowania 9
Wiek 9
Płeć 9
Punkt wyjścia 10
Objawy 10
KOMPLIKACJE 11
Zajęcie gruczołów limfatycznych . . 11
Zajęcie szczęk 12
Perforacja policzka 13
Zajęcie mięśni żuchwy 14
RAK SKÓRNY POLICZKA . . . 15
Częstość występowania 15
Wiek 15
Płeć 15
Wpływ zajęcia 15
Objawy 15
Komplikacje 16
Rozdział IV ROZPOZNANIE . . . 17
Rozpoznanie różnicowe . . . 17

Rozdział V ROKOWANIE 18
Rozdział VI LECZENIE 19
LECZENIE CHIRURGICZNE . . . 20
Radykalne wyłuszczenie gruczołów . . 20
Operacje na policzku 21
Operacja plastyczna 22
Resekcja szczęki 23
LECZENIE ENERGJĄ PROMIENISTĄ . 23
Leczenie radem 23
Głęboka terapja promieniami Roentgena . 26
Komplikacje po leczeniu energję promienistą 27
LECZENIE KOMBINOWANE . . . 28
Rozdział VII WSKAZANIA 29
Rozdział VIII OBSERWACJE . . . 30
I grupa 31
II grupa 37
III grupa 45
IV grupa 49
Wyniki 57
PIŚMIENNICTWO 59